

ผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการดูแล และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*

ปาณิสรา เกษมสุข, พยม.**

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, PhD. (Nursing) ***

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, พยด.(พยาบาลศาสตร์) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยจิตเภทมาการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งได้รับคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 40 คน และจับคู่ตามช่วงอายุและประเภทของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง แบบวัดภาวะการดูแล และแบบวัดภาวะซึมเศร้า เครื่องมือ 2 ชุดหลังมีความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .88 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภายหลังการทดลอง พบว่าภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดระดับประคอง ภาวะการดูแล ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแล

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

** นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Effects of Support Group Therapy on the Burden and Depression of Caregivers of Patients with Schizophrenia*

Panisara Kasemsuk, MSN**

Penpaktr Uthis, Ph.D***

Pennapa Dangdomyut, Ph.D.****

Abstract

This pre-post control group quasi-experimental research aimed at determining the effects of using the support group therapy program on the burden and depression of caregivers of patients with schizophrenia. A research sample comprised 40 caregivers who accompanied schizophrenia patients to the out-patient unit at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital and who met the inclusion criteria. They were matched according to gender and their relationships with patients and then equally assigned into the experimental group and the control group, with 20 subjects in each group. The research instruments were the support group therapy program, developed by the researcher, the Caregiver Burden Scale, and Beck Depression Inventory. The Cronbach's Alpha Coefficient reliability of the two latter instruments were .88, and .82, respectively. The t-test was used in data analysis.

The major findings were as follows:

1. The burden of caring and the depression of the caregivers of schizophrenia patients who participated in the support group therapy program were significantly lower than that before at the .05 level.

2. After the experiment, the burden of caring and the depression of caregivers of schizophrenia patients who participated in the support group therapy program were significantly lower than those caregivers who participated in the regular caring activities at the .05 level.

Keywords: Support Group Therapy, Burden, Depression, Caregiver

* Thesis of Degree of Master of Nursing Science Program.

** Master Student, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

**** Instructor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน⁽¹⁾ ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวชยึดนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด ดังนั้นผู้ที่อยู่ในครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล จนกว่าผู้ป่วยจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้ ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด⁽²⁾ ซึ่งในสังคมไทยผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย และไม่ได้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตนในครอบครัวอีกด้วย⁽³⁾ ผู้ดูแลจึงเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต และการบริหารเวลาถูกรบกวน ก่อให้เกิดภาระจากการดูแลผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Magliano, et al.⁽⁴⁾ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระเชิงอัตนัยสูงถึงร้อยละ 47 และภาระเชิงปรนัยสูงถึง ร้อยละ 56

Montgomery, et al.⁽⁵⁾ แบ่งภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจนจากสถานการณ์การดูแลโดยตรง เช่น การรับรู้ขนาดความยุ่งยาก หรือความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล และ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์การดูแล ซึ่งการรับรู้ภาระ

ทั้งเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ต่อผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านเศรษฐกิจ⁽⁶⁾ โดยผลกระทบที่สำคัญมากสำหรับผู้ดูแลคือ ด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และขาดทักษะด้านต่างๆ ในการดูแลช่วยเหลือตนเอง อีกทั้งยังได้รับผลกระทบจากทัศนคติทางลบของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นดรามากับการที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว⁽⁵⁾ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ในการทำหน้าที่ของตน ประกอบกับหากไม่ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจหรือความเห็นอกเห็นใจจากสมาชิกอื่นในครอบครัว ก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์เครียด หงุดหงิด โกรธ และวิตกกังวล⁽⁶⁾ และหากผู้ดูแลเหล่านี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องก็จะเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิต เช่น เกิดความคับข้องใจ เครียด และซึมเศร้าตามมาในที่สุด⁽⁷⁾

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในต่างประเทศของ Cohen and Eisdorfer⁽⁸⁾ พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตจะมีอาการของโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Taj, Mufit, Khan, & Reham⁽⁹⁾ และ Basheer, Niazi, Minhas, Ali & Najam⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง และจากการศึกษาในประเทศไทยของชวนชม วงศ์ไชย⁽¹¹⁾ ก็มีความสอดคล้องกัน โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 56.52

ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาด้านจิตใจ
สำคัญที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการที่ผู้ดูแลขาด
ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท⁽¹²⁾
ส่วนสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
มาจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับผล
กระทบต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วย ถือเป็นภาวะ
วิกฤติในชีวิตที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคิดในทางลบ
ต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตจนเกิด
ภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด⁽⁵⁾ นอกจากนี้
การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุน
ทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลทั้งต่อภาวะ
การดูแล^(13,14) และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท⁽¹⁵⁾ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม
เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย และม
ีความรู้สึที่ดีต่อการดูแล⁽¹⁶⁾ ส่งผลให้การรับรู้
ภาวะการดูแลลดลง⁽¹⁷⁾ อีกทั้งมีความคิดด้านบวก
ต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ภาวะ
ซึมเศร่าลดลง^(18,19,20)

ปัจจุบันได้มีจัดกระทำต่อผู้ดูแลผู้ป่วยใน
ชุมชนในหลายรูปแบบด้วยกัน เพื่อลดภาวะ
การดูแล และภาวะซึมเศร้า เช่น โปรแกรม
การให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และกลุ่มบำบัด
ประคับประคอง⁽²¹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม
พบว่า กลุ่มบำบัดประคับประคอง (Support
group therapy) เป็นการบำบัดทางการพยาบาล
รูปแบบหนึ่งที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ
ค้นพบความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ดูแล
และช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการ
สนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุน

ประคับประคองด้านจิตใจ^(7,21,22) ซึ่งถือเป็นปัจจัย
สำคัญที่ส่งผลต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้า
ของผู้ดูแล ดังตัวอย่างงานวิจัยจำนวนมาก
ในต่างประเทศซึ่งพบว่าได้มีการนำกลุ่มบำบัด
ประคับประคองมาใช้ในการบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²¹⁾ แต่จากการ
ทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ายัง
ไม่พบการนำรูปแบบการบำบัดลักษณะนี้มาใช้
เพื่อลดภาวะการดูแลร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา
ผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะ
การดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท เนื่องจากปัจจัยบำบัดต่างๆ ตามแนวคิด
ของ Yalom⁽²³⁾ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่มบำบัด
จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิด
ความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการกับการแสดงออก
และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ทำให้
ภาวะเชิงปรณัยลดลง และมีความสามารถในการ
จัดการด้านจิตใจ ส่งผลให้ลดภาวะเชิงอัตนัย
 อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะ
ด้านข้อมูลข่าวสาร และ การสนับสนุนด้าน
อารมณ์จากสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่ม จะทำให้ผู้ดูแล
เกิดความเข้มแข็งด้านจิตใจ มีความหวังและ
กำลังใจ และเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ต่อไป ซึ่งจะสามารถส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนา
โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง โดย
ประยุกต์มาจากโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาของ

Chou, Liu & Chu⁽²¹⁾ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดของ Yalom⁽²³⁾ ประกอบด้วย การดำเนินการตามกระบวนการกลุ่ม ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 4 เรื่อง ได้แก่ 1) การให้ข้อมูล 2) การแก้ไขปัญหา 3) ทักษะการเผชิญปัญหา และ 4) การสนับสนุน โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ มีความแตกต่างไปจากเดิมเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทในการศึกษาเรื่องนี้ คือ มีการเพิ่มเนื้อหาในการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 5 ด้วยการเพิ่มการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีทักษะในการสื่อสารเพื่อการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง และเลือกวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง⁽³⁴⁾ นอกจากนี้ยังเพิ่มการดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 ซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความคิดทางลบ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงเพิ่มการจัดกระทำกับความคิดทางลบ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นไปในทางบวก ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีความหวัง เพิ่มแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงได้⁽³⁸⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์จะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. การดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์จะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว ที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งนำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ ตามเพศ และประเภทของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ในการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา ร้อยละ 55

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์กระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคอง ตามการศึกษาของ Chou, Liu & Chu (2002)⁽²¹⁾ ซึ่งใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดระดับประคองของ Yalom⁽²³⁾ ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล ซึ่งออกแบบให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย 2) การแก้ไขปัญหา มุ่งเน้นไปที่บทบาทของผู้ดูแลในการลด หรือ จำกัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และวิธีที่ผู้ดูแลจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคล 3) ทักษะการเผชิญปัญหา จะเน้นไปที่การจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง หรือการจัดการกับอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นตามแต่ละสถานการณ์ 4) การสนับสนุน เป็นกระบวนการที่รวมไปถึงการแบ่งปันความรู้สึก การแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยการดำเนินการตามกระบวนการกลุ่ม 8 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 2-3 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 4-5 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 และสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 7-8 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินการกลุ่มทีละกลุ่ม

ผู้วิจัยนำโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง และมีการปรับแก้ไขตามคำแนะนำ และทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มละ 3 ราย ก่อนนำมาใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดภาระการดูแลของ Montgomery, et al.⁽²⁴⁾ ที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ⁽²⁵⁾ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง 2 ชุด คือ

3.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่จิราพร รักการ⁽²⁷⁾ พัฒนามาจากการศึกษาของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว⁽²⁸⁾ และแนวคิดของ House⁽²⁹⁾ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 19 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .82

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ⁽²⁷⁾ พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อีกทั้งผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มอธิบายรายละเอียดของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะขอออกจากการวิจัยก่อนที่การวิจัยสิ้นสุดได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ข้อมูลผลการวิจัยจะนำเสนอโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และ ระยะประเมินผลการทดลอง ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระบวนการกลุ่มบำบัดปรับประคับประคองตามการศึกษาของ Chou, Liu & Chu⁽²¹⁾ และปัจจัยบำบัดของ Yalom⁽²³⁾ อีกทั้งฝึกทักษะในการทำกลุ่มบำบัดปรับประคอง

1.2 ผู้วิจัยทำการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือในการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมสำหรับการวิจัยในมนุษย์ รวมทั้งขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วันเวลาในการจัดกิจกรรม ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและเป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนโดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป แบบวัดภาวะการดูแล และประเมินภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่าง เก็บไว้เป็นคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จัดให้มีขึ้น เพื่อบริการกับผู้ป่วยจิตเวช

2.2 กลุ่มทดลอง เข้าสู่โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและดำเนินการกลุ่มด้วยตนเองทุกขั้นตอน มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านการเตรียมแล้วเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเพื่อทำหน้าที่

สังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดถึงขั้นตอนการดำเนินการกลุ่มให้กับสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการรับทราบ โดยในโปรแกรมประกอบด้วยกระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์จำแนกเป็น 8 ครั้ง ดำเนินการกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกันทั้งสิ้น 5 สัปดาห์คือ

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกลุ่ม ครั้งที่ 1 เพื่อแนะนำกลุ่ม วัตถุประสงค์ กฎ และข้อบังคับต่างๆ ครอบคลุมถึงเป้าหมายของการดำเนินการกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และให้สมาชิกได้เปิดเผยเรื่องราวของตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วยการดำเนินการกลุ่ม 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 2 โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สมาชิกได้สำรวจและทบทวนความรู้สึกของตนเอง และ ครั้งที่ 3 เป็นการร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก และการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมนั้น สมาชิกร่วมกันอภิปราย และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการกลุ่ม 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 4 ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการแสดงออก และพฤติกรรมทั่วไปที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เสริมสร้างความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การดำเนินของโรค แนวทางการดูแลรักษา การใช้ยา และ ครั้งที่ 5 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

รวมทั้งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สมาชิก ร่วมกันแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 โดย ให้สมาชิกพูดถึงประสบการณ์ในการจัดการกับความ คิดทางลบของตนเอง การผ่อนคลาย ความเครียด และการดูแลตนเองด้านร่างกาย สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการกลุ่ม 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 7 ให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับ ทรัพยากรในชุมชน ความช่วยเหลือทางด้านการเงิน การเยี่ยมบ้าน และบริการทางการแพทย์ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนใน ชุมชน และครั้งที่ 8 ทบทวนการทำกลุ่มใน สัปดาห์ที่ผ่านมา และวางแผนเกี่ยวกับอนาคต

การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันทีภายหลังเสร็จสิ้น การดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 8 โดยขอให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุน ทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสมาชิก ทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางขึ้นไป และ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลทุกคนมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์

3. ระยะการประเมินผลการทดลอง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผล การทดลองผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแลและ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง คือ ก่อนการ ทดลอง (Pre-test) ในวันที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

และใช้เครื่องมือชุดเดิมเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง (Post-Test) ใน 1 สัปดาห์ ภายหลั้สิ้นสุด โปรแกรมกลุ่มบำบัดปรับประคอง (ประมาณ สัปดาห์ที่ 6) และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์แจกแจงใน ตารางราย โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลและ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดปรับประคอง โดยใช้สถิติ ดังนี้

2.1 คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependence t-test)

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ ทดสอบค่าที (Independence t-test)

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับ ประคองต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท

1.1 คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
โดยคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และ
ภาระเชิงปรนัย หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัด
ระดับประคอง ($\bar{X} = 3.02, 2.67$ และ 3.38
ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่ม
บำบัดระดับประคอง ($\bar{X} = 3.71, 3.33$ และ
 4.09 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนและ
หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.71	0.83	19	22.64	.000
หลังการทดลอง	3.02	0.13			
ภาระเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.33	0.13	19	18.15	.000
หลังการทดลอง	2.67	0.21			
ภาระเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	4.09	0.11	19	19.29	.000
หลังการทดลอง	3.38	0.15			

1.2 คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาระโดยรวม ภาระ
เชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ไม่แตกต่างกัน
แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มี
คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และ

ภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระ
เชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังการทดลอง
ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 3.02, 2.67$ และ 3.38
ตามลำดับ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 3.73, 3.44$
และ 4.02 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะการดูแลของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	df	t	$\bar{X}$	S.D.	df	t
ภาวะโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.71	0.83	38	.97	3.02	0.13	38	-13.84*
กลุ่มควบคุม	3.66	0.20			3.73	0.19		
ภาวะเชิงอัตโนมัติ								
กลุ่มทดลอง	3.33	0.13	38	-4.8	2.67	0.21	38	-10.31*
กลุ่มควบคุม	3.35	0.22			3.44	0.26		
ภาวะเชิงปรนัย								
กลุ่มทดลอง	4.09	0.11	38	2.28	3.38	0.15	38	-11.64*
กลุ่มควบคุม	3.97	0.21			4.02	0.19		

(*p ≥ .000)

2. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ($\bar{X} = 12.95$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ($\bar{X} = 18.75$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความรุนแรง	t	p-value
ก่อนการทดลอง	18.75	1.65	ปานกลาง	20.92	.000
หลังการทดลอง	12.95	2.04	น้อย		

2.2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 12.95$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 20.60$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	df	t	$\bar{X}$	S.D.	df	t
กลุ่มทดลอง	18.75	1.65	38	-.46	12.95	2.04	38	-13.63*
กลุ่มควบคุม	19.00	1.78			20.60	1.47		

(*p $\geq$.000)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับ ประคองต่อการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วย จิตเภท

1. จากผลการศึกษา พบว่า การดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแข่งขันอัตนัย และเชิงปรนัย ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า อาจเนื่องจากการดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มในโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ เป็นการสร้าง

แรงจูงใจ และช่วยให้ผู้ดูแลเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยตนเอง⁽²⁹⁾ นับเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ทำให้ผู้ดูแล รู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือระดับประคอง จิตใจของผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง มีพลังที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงอัตนัยลดลงได้⁽²⁵⁾ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น เกิดการแบ่งปันความรู้สึก และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิก เป็นการสร้างให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญซึ่งเกิดขึ้นในการดำเนินการกลุ่มบำบัดระดับประคอง⁽²¹⁾ โดยเฉพาะความรู้สึกได้รับการประคับประคองด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้น ช่วยทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา ทำให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด ทำให้การรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง^(21,30) ประกอบกับการให้ความรู้และการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาวะเชิงปรนัยลดลง⁽³¹⁾ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราพร รักการ⁽²⁶⁾ เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการดูแล ทำให้การรับรู้ภาวะเชิงปรนัยลดลงได้นอกจากนี้ ในโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ยังเน้นการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน ความช่วยเหลือทางการเงิน การเยี่ยมบ้าน และบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุจะช่วยลดความเครียดในการดูแล และ ส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงปรนัยลดลง⁽¹⁴⁾ อีกทั้งการให้ผู้ดูแลได้พัฒนาเครือข่ายทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เพิ่มขึ้น⁽³²⁾ ส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และเป็น การช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้

ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นและมีการรับรู้ภาวะทั้งเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยลดลง^(30,33)

2. ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดปรับประคับประคองผู้ดูแลในกลุ่มทดลองต่ำกว่าภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ โปรแกรมวางแผนการจำหน่าย การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแล การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำรวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นระบบการพยาบาลที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม และเป็นกระบวนการที่ไม่มีการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจเหมือนในกลุ่มทดลอง จึงทำให้ภายหลังการทดลอง พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมไม่ลดลงอย่างชัดเจนเหมือนในผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดปรับประคับประคอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจนทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุน ทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาวะเชิงปรนัยลดลง⁽³⁴⁾ ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾ จะส่งผลโดยตรงต่อภาวะเชิงอัตนัย⁽²¹⁾ ดังนั้น จึงพบว่าภายหลังการทดลอง ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัด

ระดับประคองจึงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากการดำเนินการที่จะช่วยให้สมาชิกได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก และการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ถูกออกแบบให้มีการใช้กระบวนการกลุ่มในการฝึกให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดทักษะในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ดูแลซึ่งเป็น สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนทักษะการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เกิดการระดับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม และ ที่สำคัญคือกระบวนการกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดปัจจัยบำบัดลักษณะต่างๆ ตามแนวคิดของ Yalom (1975)⁽²³⁾ อาทิ ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis) ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) และการรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลง⁽³⁰⁾

นอกจากนี้ เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะซึมเศร้ามาจากการที่ผู้ดูแลมีความคิดด้านลบ 3 ด้านตามที่ Beck et al. (1961)⁽³²⁾ กล่าวไว้ ทั้งความคิดด้านลบต่อตนเอง เช่น โทษตนเองว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต คิดว่าตนเองไร้คุณค่าและเป็นที่รังเกียจของสังคมเพราะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท⁽¹⁹⁾ ความคิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น รู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระอยู่คนเดียวไม่มีใครเข้าใจและไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁸⁾ และ คิดด้านลบต่ออนาคต เช่น คิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเต็มไปด้วยปัญหาอุปสรรค ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้หายขาดจึงจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้เกิดความท้อแท้สูญเสียความหวังในอนาคต และขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต⁽³⁶⁾ ซึ่งกระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Coping) จนเกิดทักษะในการจัดการกับอารมณ์ เกิดความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง และเกิดความหวัง อันเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด⁽²¹⁾ ส่วนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน ความช่วยเหลือทางด้านการเงิน การเยี่ยมบ้าน และบริการ

ทางการแพทย์ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ถือเป็นการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม และมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์รวมทั้งการได้รับข้อมูลย้อนกลับมากขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง และช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย⁽³²⁾ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพตามมา จนส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยลดลงได้ในที่สุด⁽²¹⁾

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคับประคองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติเมื่อพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาทิ การเข้าไปมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยในโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแล การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นระบบบริการพยาบาลที่ยังไม่ได้ใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนระดับประคับประคองทางด้านจิตใจและการสนับสนุนทางสังคมด้านอื่นๆ ที่ชัดเจนเหมือนในกลุ่มทดลอง ทำให้ไม่เกิดปัจจัยบำบัดต่างๆ ที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มทดลองมีโอกาสร่วมกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง ตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นถึง 8 ครั้ง จึงได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่ม ทำให้กลุ่มมีความเจริญงอกงาม และพัฒนาการ

ที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม อีกทั้งกระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ด้วยเหตุนี้ จึงพบว่าภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอันเป็นผลเนื่องมาจากการดูแล และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในผู้ป่วย⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ทั้งนี้ เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล⁽¹⁶⁾

ดังนั้น สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง มีผลต่อการลดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการต่างๆ ของกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเพิ่มขึ้น อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงความคิดและความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นความรู้สึกทางบวก และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยดูแลเข้มแข็ง มีความหวังและกำลังใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ช่วยให้ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาวะการดูแลลดลง และส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าลดลงด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์สามารถลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้น ในการนำโปรแกรมไปใช้ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบของการดำเนินการ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลแต่ละกลุ่มได้ โดยเฉพาะสามารถปรับเปลี่ยนภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้นๆ ได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอื่นๆ หรือผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

2. ด้านการวิจัย เนื่องจากผลของการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กระบวนการสำคัญที่เกิดขึ้นในโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์นั้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลตนเองทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นไปในทางบวก ส่งผลไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปให้ทาง

ที่เหมาะสม ให้โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนระดับประจักษ์ทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่ม ส่งผลให้การดูแลและภาวะซึมเศร้าลดลงได้ในที่สุด แต่จากการฝึกทักษะต่างๆ ในการทำกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ครั้งนี้ เป็นการแสดงบทบาทสมมุติระหว่างผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรออกแบบโปรแกรมที่จะเสริมสร้างศักยภาพทั้งครอบครัว โดยการนำผู้ป่วยและผู้ดูแลมาร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งเดียวกัน เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้มีการฝึกทักษะต่างๆ กับผู้ป่วยจริง โดยผู้วิจัยมีหน้าที่ในการประเมินการฝึกทักษะต่างๆ และมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำข้อเสนอแนะไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ควรมีการติดตามประเมินภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เกิดขึ้นในระยะยาว และควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์อื่นที่อาจเกิดขึ้นจากโปรแกรม เช่น การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2542
2. Ruppert RA. Caring for lay caregiver. Am J Nurs 1996;96:40-5.
3. Fallon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family care of schizophrenia. New York: Guilford; 1984.
4. Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia : results of the BIOMED I study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33,405-12.

5. ชะฤทธิ พงศ์อนุตร. คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. กรุงเทพมหานคร: พลชัย; 2531.
6. รัชนิกร อุปเสน. การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
7. Cook JA, Heller T, Pickett-Schenk SA. The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. *Family Relation* 1999;48:405-10.
8. Cohen D, Eisdorfer C. Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:885-9.
9. Taj R, Hameed S, Mufti M, Khan A, Rehman G. Depression among primary caregivers of Schizophrenic patients. *Pakistan Institute of Medical Sciences* 2005;1:101-4.
10. Basheer S, Niazi RS, Minhas F A, Najam N. Depression and anxiety in the caregivers of mentally ill patients [online] 2005 [cited]. Available from: http://www.jpss.com.pk/display__articles.asp?d=92&p=art
11. ขวนชม วงศ์ไชย. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
12. Marsh DT, Johnson DL. The family experience of mental illness: Implication for intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*.1997;28:229-37.
13. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden an infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med* 1999;61:411-9.
14. ทิปประพิน สุขเขียว. การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
15. Song LY, Biegel DE, Milligan SE. Predictor of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Ment Health J* 1997;33:269-86.
16. Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. *Gerontol* 1989;44:61-71.
17. Crotty P, Kuly R. Are schizophrenia a burden to their families? Significant others view. *Health Social Worker* 1986;11:173-88.

18. Barnes RF, Raskind MA, Scott M, Murphy C. Problem of families caring for Alzheimer patients: use of support group. J Am Geriatr Soc 1981;29:80-5.
19. Jungbauer J, Stelling K, Dietrich S, Angerneyer MC. Schizophrenia: problem of separation in families. J Adv Nurs 2004;47:605-13.
20. Saunders JC. Family living with severe mental illness: a literature review. Issues Ment Health Nurs 2003;24:175-98.
21. Chou KR, Liu SY, Chu H. The effects of support groups on caregivers of patients with schizophrenia. Int J Nurs Stud 2002;39:713-22.
22. Drescher R. Mutual support group for families of mentally ill. In: Goldstein MZ, editor. Family involvement in the treatment of schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1986.
23. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 2nd ed. New York: Basic Books; 1975.
24. Montgomery RV, Stull DE, Borgatta EF. Measurement and analysis of burden. Res Aging. 1985;7:137-52.
25. นพรัตน์ ไชยขำนิ. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
26. จิราพร รักการ. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
27. ดวงรัตน์ แซ่เตียว. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
28. House JS. Work stress and social support. MA: Addison-Wesley; 1981.
29. สมจิต หนูเจริญกุล. บรรณานุกรม การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: วี.เจ.พริน-ดิง; 2536.
30. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and buffering hypothesis. Psychol Bull 1985; 98:310-57.

32. Thompson EH Jr, Futterman AM, Gallagher-Thompson D, Rose JM, Lovett SB. Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *J Gerontol* 1993;48: 245-54.
33. Thompson EH Jr, Doll W. The burden of families coping with the mentally III: an invisible crisis. *Family Relation* 1982;31:379-88.
34. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relation* 1985;34:19-26.
35. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch of Gen Psychiatry* 1961;4:56-171.
36. วนิดา เปரியัญม. ความเข้มแข็งอดทนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
37. Montgomery RJV, Stull DE, Borgatta EF. Measurement and analysis of burden. *Res Aging* 1985;7:137-52.