

ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

นางรัตนา พันจวบ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

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

Mrs. Rattana Punjuy

A thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing Chulalongkorn University
Academic Year 2012
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถ

ในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย นางรัตนา พันจอย

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

รัตนา พันจวบ : ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF GROUP COUNSELING ON COPING
ABILITY IN CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม:
รศ. ดร. รัตน์ศิริ ทาโต, 166 หน้า

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อ
ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษา
แบบกลุ่มของ Mahler (1969) เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนา
ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขต
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยจับคู่ด้านเพศ อายุ และระยะเวลาการ
ดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละจำนวน 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแล
ตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
คือ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน และ 4) ขั้นยุติการ
ให้คำปรึกษา ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือ
ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมิน
ความสามารถในการเผชิญปัญหา มีค่าความเที่ยง .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการ
ทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X}=2.60$, $SD=0.12$, ระดับดี) สูงกว่าก่อนได้รับการให้
คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X}=0.79$, $SD=0.29$, ระดับไม่ดี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X}=2.60$, $SD=0.12$, ระดับดี) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ ($\bar{X}=1.80$, $SD=0.41$, ระดับพอใช้) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สาขาวิชา ...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2555..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5377817936 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : CAREGIVERS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS / COMMUNITY / COPING ABILITY / GROUP COUNSELING

RATTANA PUNJUY : THE EFFECT OF GROUP COUNSELING ON COPING ABILITY IN CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY.

ADVISOR : ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., CO-ADVISOR : ASSOC. PROF. RATSIRI THATO, Ph.D., 166 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of group counseling on coping ability in caregivers of schizophrenic patients in community. Group counseling theory (Mahler, 1969) was used as a theoretical framework to develop the program. A sample 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. 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 was tested for content validity by five experts. Data were collected using the coping ability questionnaire. The cronbach 's alpha coefficient was .91. Data was analysed using descriptive, and t-test statistics.

Major findings of this study were as follow:

1. The mean score of coping ability of caregivers for schizophrenic patients in community after receiving group counseling ($\bar{X}=2.60, SD=0.12$) was significantly higher than before participating in the program ($\bar{X}=0.79, SD=0.29$) ($p<.05$).

2) The mean score of coping ability of caregivers for schizophrenic patients in community receiving group counseling ($\bar{X}=2.60, SD=0.12$) was significantly higher than those the control group ($\bar{X}=1.80, SD=0.41$) ($p<.05$).

Field of Study :.. Mental Health and Psychiatric Nursing... Student's Signature.....

Academic Year :.. 2012..... Advisor's Signature.....

Co-advisor 's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ รศ.ดร.รัตนศิริ ทาโต ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิด อันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจ เป็นการสร้างพลังให้ผู้วิจัยมีความมู มานะอดสาหะพยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ และ ผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ศึกษามีความประทับใจ และซาบซึ้งในความเมตตา กรุณา และเสียสละของ อาจารย์ ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิภา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็น ประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความ กรุณาตรวจสอบ ให้คำสอนข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ทุก ท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์คั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอดาพระยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กุดเวียง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกลาน พี่ๆน้องๆเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเวียง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกลาน จังหวัด สระแก้วทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และกรุณาให้ความช่วยเหลือในการศึกษาเล่า เรียน ให้คำแนะนำอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาการใช้เครื่องมือ สำหรับ การวิจัยคั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาความเอาใจใส่ ห่วงใย ขอขอบคุณคุณทองปาน พันจยุ ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจ และความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยคั้งนี้ ให้มี สุขภาพกายสุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับ โรคจิตเภทและการพยาบาล.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	24
แนวคิดการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	29
แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม.....	43
แผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม.....	49
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
รายการอ้างอิง.....	101
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	129
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	131
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	133
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	142
ภาคผนวก จ ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	144
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	152
ภาคผนวก ช ตารางการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ.....	163
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	166

สารบัญญัตินี้

ตารางที่	หน้า
1	สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง..... 84
2	ตารางกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม..... 85
3	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย..... 87
4	ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=20)..... 89
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (8n=20)..... 90
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้ารับการทดลอง (n=20)..... 91
7	เปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม..... 92
8	ตารางแสดงคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองจำแนกเป็นรายคน.. 153
9	ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาก่อนและหลังการทดลองแยกรายข้อ (กลุ่มทดลอง)..... 154
10	ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาก่อนและหลังการทดลองแยกรายข้อ (กลุ่มควบคุม)..... 158
11	คะแนนความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม..... 161
12	ตารางกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ 162
13	ตารางการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ..... 164

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขตลอดมาโดยพบประมาณร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมการตัดสินใจ และความบกพร่องทางหน้าที่การทำงาน และสังคม (WHO, 2010) นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ และสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป มีความพร่องในการทำหน้าที่ประจำวัน (ทูลลา บุปผาสังข์, 2545) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552) นอกจากนี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ถ้าความเครียดนั้นมีมากและเกิดยาวนานจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด สติปัญญา อารมณ์ และเจตคติ ของผู้ดูแล (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552) ทำให้ความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหาไม่ดี (ดาวรุ่ง หนูแก้ว, 2546) การมองเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยไม่ดีคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระ (Bull, 1990: แก้วตา มีศรี, 2554) ทำให้การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด การบรรเทาอาการตึงเครียดของผู้ดูแลไม่ดี ไม่สามารถระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหรือระบายความตึงเครียดของตนเองได้ (Jalowice, 1987 ; ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ทำให้เกิดความเครียดต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องใช้การประคับประคองจากสังคม และชุมชนในการดูแลผู้ป่วย (Watson, 1984) ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี และมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (Hall & Docherty, 2000) ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (ธิดารัตน์ คะนิงเพียร, 2550 ; Kausar, 2009)

ความทุกข์ของผู้ดูแลเกิดจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้ผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อน หรือรู้สึกลำบากใจในการแก้ปัญหา เช่น ก้าวร้าวเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตัวผู้ป่วยเอง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา สิ่งเหล่านี้รบกวนผู้ดูแลมากที่สุด (Francell, 1988) และมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียด ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสามารถในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลางโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 40 หมายความว่าผู้ดูแลมีความสามารถในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาไม่ดี (กาญจนา ขาวนอก, 2548) ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

อย่างมีประสิทธิภาพ และถ้าผู้ดูแลมีกลวิธีในการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น สามารถเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆได้ สามารถแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด และบรรเทาอารมณ์ตึงเครียดต่างๆได้ (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2553) สามารถใช้การประคับประคองจากบุคคลอื่น โดยการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น เช่น จากผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์ และมีการพึ่งพาตนเองในด้านการแก้ไขปัญหา และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2553) ส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี (Nasser-Hassan et al., 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งจะมีปัญหาสำคัญคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การมองโลกในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด การใช้การประคับประคองและการพึ่งพาไม่ดี ไม่มีประสิทธิภาพ (Jalowice, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ขาวนอก (2548) ศึกษาเปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการมองสถานการณ์ในแง่ลบใหม่ ร้อยละ 20 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ (กาญจนา ขาวนอก, 2548) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการมองโลกในแง่ดีในระดับต่ำ ส่งผลให้ไม่สามารถใช้การคิดในแง่ดี การมองในแง่ดี และขาดการเปรียบเทียบในทางที่ดี ส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี

ผลกระทบที่สำคัญของผู้ดูแลที่มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (Hall & Docherty, 2000) ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผลกระทบทางด้านร่างกายได้แก่ ปักผ่อนไม่เพียงพอ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และไม่มีเวลาออกกำลังกาย เนื่องจากต้องคอยดูแลระมัดระวังผู้ป่วยจิตเภทตลอดเวลา ทำให้ร่างกายทรุดโทรมลง(เอื้ออารีย์ สาลีกา, 2543)ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้แก่ การรู้สึกเป็นภาระ ทุกข์ใจ ท้อแท้เบื่อหน่าย วิตกกังวล (เวทีณี สุขมาก และคณะ, 2544; Glendy & Mackenzie, 1998)และผลกระทบทางสังคมพบว่าผู้ดูแลมีเวลาสังสรรค์กับเพื่อนน้อยลง มีเวลาให้กับส่วนร่วนน้อยลง (สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552) รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย และไม่อยากจะอยู่ร่วมกับ ผู้ป่วย และความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีขึ้นของผู้ดูแลข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแล (Hall & Docherty, 2000) เกิดการป่วยซ้ำตามมาได้ (Butzlaff & Hooley, 1998) ถ้าผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลก็จะมีความสุขและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและผู้ป่วย(Liu Wei-feng, Zhang Wei-min, Huang Run-quan, 2010)

ความสามารถในการเผชิญปัญหา หมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ดูแล แสดงออกถึงการจัดการใน ด้านความคิดและการแสดงออก เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความตึงเครียดของจิตใจ เพื่อที่จะบรรเทา หรือคลี่คลายปัญหาในเรื่องการควบคุมตนเองด้านความคิด และพฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์และมี กิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น(Garland and Bush, 1984) Jalowice (1987) ได้ศึกษาวิธีการเผชิญ ปัญหา 2 ด้านคือ 1) ด้าน การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งมีอยู่ 15 พฤติกรรม ได้แก่ การ ขอมรับปัญหา การค้นหาความหมายของสถานการณ์ การแยกแยะสถานการณ์ออกเป็น ส่วนย่อยๆ การตั้งเป้าหมาย การอภิปรายปัญหา การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ การควบคุมสถานการณ์ บางส่วนที่สามารถทำได้ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การพิจารณาปัญหาอย่างใจเป็นกลาง การนำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหา การคิดวิธีแก้ปัญหาไว้หลายๆวิธี การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ พอจะแก้ปัญหาได้ การใช้วิธีแก้ปัญหาหลายๆวิธี การให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา และการ เริ่มต้นทำสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนั้น และ 2) ด้าน การแก้ปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ซึ่งมีอยู่ 25 พฤติกรรม ได้แก่ การกังวล การร้องไห้ การทำกิจกรรม การใช้อารมณ์ขัน การรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยา การมองโลกในแง่ดี การฝึนกลางวัน การ หนุนเชียว การสวมคันท้ให้ไว้พระ การหงุดหงิด การปิดปัญหาออกจากความคิด การตำหนิผู้อื่น การ ระบายความเครียดกับผู้อื่น การแยกตัวเอง การยอมแพ้ต่อสถานการณ์ การปล่อยให้สถานการณ์ คลี่คลายไปเอง การหาความสบายจากคนใกล้ชิด การหนีจากสถานการณ์ การฝึกสมาธิ การยอมแพ้ ต่อสถานการณ์ การนอนหลับ การไม่กังวล ซึ่งความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่ บุคคลใช้ความพยายาม ความคิด และพฤติกรรมในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการที่ เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการผสมผสานทั้งแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบที่มุ่งจัดการ กับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองแบบมีทั้งผลดีและผลเสียขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ละสถานการณ์ที่บุคคลนั้น เผชิญอยู่ (Lazarus and Folkman, 1984) ซึ่ง Jalowice (1987) ได้พัฒนาแนวคิดที่นำกลวิธีการเผชิญ ปัญหาเป็นการประเมินวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคล ที่กล่าวถึงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้งหมด 8 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การหนีปัญหา 3) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 4) การมอง เหตุการณ์ในแง่ร้าย 5) การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด 6) การบรรเทาอารมณ์ 7) การใช้การ ประคับประคอง และ 8) การพึ่งพา จารูวรรณ จินดามงคล (2541) ได้พัฒนาแนวคิด ของ Jalowice (1984) เป็นแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน โดยเน้นการวัดความสามารถใน การเผชิญปัญหา ซึ่งแสดงออกมาในรูปพฤติกรรมที่พยายามระงับหรือ บรรเทา หรือขจัดสิ่งที่มา คุกคาม เพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกายจิตใจมี ทั้งหมด 6 ด้านคือ 1) การเผชิญหน้าในการ แก้ปัญหา คือ การพยายามแก้ไขปัญหา เผชิญหน้ากับสถานการณ์ ใช้กลยุทธ์หาข้อมูล และพยายาม แก้ไขปัญหา 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี คือ การใช้การคิดในแง่ดี มองในแง่ดี การเปรียบเทียบ

ในทางที่ดี พยายามมองในแง่บวกที่ดีของสถานการณ์ พยายามใช้อารมณ์ขัน ทำให้อารมณ์ดี 3) การแก้ไขอารมณ์ดีเชิงเครียด คือ การปลดปล่อยอารมณ์ ลดความตึงเครียดของอารมณ์ ระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลกับปัญหาหรือระบายความตึงเครียดกับผู้อื่น 4) การบรรเทาอารมณ์ดีเชิงเครียด คือ การพยายามลดหรือควบคุมความทุกข์ โดยทำให้รู้สึกดีขึ้น 5) การใช้การประคับประคอง คือ ใช้ระบบประคับประคองจากบุคคล ผู้มีประสบการณ์ ผู้รู้ และ 6) การพึ่งพาตนเอง คือ การพึ่งพาตนเองสูงกว่าผู้อื่น ทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสนับสนุนให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนยังมีปัญหาในเรื่องของ ความสามารถในการเผชิญปัญหา แม้ว่าผู้ดูแลเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาทักษะ และส่งเสริมการเลือกวิธีในการเผชิญปัญหาแล้วก็ตาม เช่น การศึกษาของ Deborah et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาด้านอารมณ์ คุณภาพชีวิต ความเจ็บป่วย การเงิน และปัญหาสุขภาพร้อยละ 93 และจากการศึกษาของ Maglano et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านสุขภาพจิตร้อยละ 83 และมีความรู้สึกสูญเสียร้อยละ 62 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wai – Tong et al. (2007) ครอบครัวและผู้ดูแลมักเผชิญปัญหาและความเครียดของพฤติกรรมที่แปลกประหลาดและไม่คาดฝันของผู้ป่วย ปัจจัยภายนอกได้แก่ ทรายาบป ครอบครัวถูกแยกจากสังคม ทำให้เกิดความสับสนทางอารมณ์ และเกิดความขัดแย้งในการ ดูแลผู้ป่วย (สุพัฒนา สุขสว่างและคณะ, 2548) ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 3) การแก้ไขอารมณ์ดีเชิงเครียด 4) การบรรเทาอารมณ์ดีเชิงเครียด 5) การใช้การประคับประคอง และ 6) การพึ่งพาตนเอง มีความสำคัญกับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาแต่ละด้านไม่เหมาะสม ดังนี้ 1) ด้านการเผชิญหน้าในการแก้ปัญหา โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ที่เสื่อมถอย ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติหน้าที่กิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วย (พิเชษฐ์ อดมรัตน์, 2552) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม หลบหนีปัญหา ไม่พยายามแก้ไขปัญหา (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา ขาวนอก (2548) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกและความสามารถในการเผชิญปัญหาระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี 2) ด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลผู้ป่วยมานาน ผู้ดูแลมักปล่อยปละละเลยในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องมาจากความอ่อนล้า อ่อนเพลีย ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหลายปี และผู้ดูแลค้นพบว่าผู้ป่วยไม่มีทางรักษาหาย พฤติกรรมการแสดงออกส่วนใหญ่เป็นทางลบ ละเลยการดูแลผู้ป่วย ขาดการมองเหตุการณ์ใน

แ่งดี (ชิตารัตน์ คะนิงเพียร, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ขาวนอก (2548)พบว่า ผู้ดูแลขาดการมองเห็นสถานการณ์ในแง่มุมใหม่ ร้อยละ 20 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี 3) ด้านการแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม จะรู้สึกยุ่งยากและตึงเครียดในจิตใจ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995 and Thomson et al.,1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีญา พรหมบุตร (2545) ซึ่งศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตลอดเวลา และเมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ก็มักจะคิดว่าสิ่งที่เผชิญในอาการของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว ทุกข์ใจ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ท้อแท้ เบื่อหน่าย หหมดกำลังใจ (เวทีนิ สุขมาก, 2544) ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี 4) ด้าน การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (ชิตารัตน์ คะนิงเพียร, 2550) ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะตึงเครียดของอารมณ์ ไม่สามารถบรรเทาอารมณ์ หรือควบคุมความทุกข์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ (เวทีนิ สุขมาก, 2544) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Moller-Leimkuhler (2005) ซึ่งศึกษาพบว่าอาการป่วยที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Addington et al. (2005) ผู้ดูแลมีความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 24 ระดับปานกลางร้อยละ 23 ความตึงเครียดของผู้ดูแลทำให้มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย (Butzlaff & Hooley ,1998) และส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ (Jalowice, 1984) การใช้การประทับประคอง ในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลเริ่มต้นหาว่ามีแนวทางอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็นได้ โดยผู้ดูแลจะแสวงหาข้อมูลต่างๆในการดูแลผู้ป่วย จากผู้รู้ ชาวบ้าน หรือผู้ป่วยคนอื่นที่มีอาการเดียวกัน (ชิตารัตน์ คะนิงเพียร, 2550) ซึ่ง 5) ด้านการใช้การประทับประคอง หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิต (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552) ผู้ดูแลมีความเชื่อผิดๆ คิดว่าการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจาก การถูกทำทางไสยศาสตร์ เวทมนต์ หรือเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ (สุพล รุจิรพิพัฒน์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตารัตน์ คะนิงเพียร (2550) ซึ่งศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจาก การถูกทำทางไสยศาสตร์ เวทมนต์ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ไม่ได้รับประทานยา เกิดการป่วยซ้ำตามมาได้ (เพชร คันธสายบัว, 2544) และ 6) ด้าน การพึ่งพาตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกว่าเป็นการยากที่จะเชิญคนมาที่บ้าน จากสาเหตุที่ผู้ดูแลมีเครือข่ายทางสังคมน้อย ทำให้ต้องพึ่งพาตนเองสูง และเชื่อมโยงไปถึงตราบาป ดังการศึกษาของ Chang (2006

cited in Hazawa et al., 2010) พบว่ามีผลกระทบต่อผู้ดูแลมาก ผู้ดูแลต้องพึ่งพาตนเองและเลี้ยงการ พุดถึงผู้ป่วย กับญาติ หรือเพื่อน เพราะรู้สึกเสียหน้า และจากการศึกษาของ Magliano et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลต้องการทำงานอดิเรก ร้อยละ 45 มีความลำบากในการพักผ่อน ร้อยละ 47 ออกไปนอก บ้านวันอาทิตย์ ร้อยละ 38 ผู้ดูแลบอกว่ามีความยากลำบากในการหาความบันเทิง ความเพลิดเพลินที่ บ้าน ร้อยละ 31 สอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano et al. (2005) พบว่าผู้ดูแลได้รับการ สนับสนุนทางสังคม และเจ้าหน้าที่น้อย ต้องพึ่งพาตนเอง ถ้าความสามารถในการเผชิญปัญหาค้าน การพึ่งพาตนเอง ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีภาวะเปราะบางของชีวิต และกลายเป็นโรคจิตได้ (Hou et al., 2008)

ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำเป็นต้องได้รับการ แก้ไข ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล (จารุวรรณ จินตมวงศ, 2545) ให้ เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้เกิดปัญหาดังกล่าว โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา (Coping Ability) คือปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับการ ดูแล เกิดการป่วยซ้ำ (Gispens-de Wied, 2002) และผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และภาวะ ซึมเศร้าได้ ((Magliano et al., 2006) และมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งถือเป็น ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ถูกต้อง ความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภททั้ง 6 ด้านที่กล่าวมาแล้ว ช่วยให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป พยาบาลมีหน้าที่โดยตรงในการส่งเสริมช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล คือการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลใช้กลไกการเผชิญ ปัญหาที่เหมาะสมเป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการให้ความช่วยเหลือ และบรรเทา ความไม่สุขสบายต่างๆ ช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา รวมพร คงกำเนิด (2543, หน้า 96) กล่าวว่า พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีบทบาท ในการให้คำปรึกษา แก่ผู้มาใช้บริการ เพราะจะทำให้บุคคลเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้นจน สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม นวลลักษณ์ เลหาพันธ์ (2550) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้ รูปแบบให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับดนตรีบำบัดต่อความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและในกลุ่มที่ ได้รับการให้คำปรึกษา มีความฉลาดทางอารมณ์ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ .05 โสภิต ทักยิม (2548) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของญาติผู้ป่วยโรค จิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้ด้านการคิด และความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเภทดี และ มีพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้ป่วยดี ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิมา สร้างถื่น(2553) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียน ชั้น ม. 3 พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา ทักษะ และความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้เข้ากลุ่มการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ช่วยให้ผู้คนได้มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมก่อให้เกิดการเรียนรู้ เป้าหมายของการให้คำปรึกษา คือ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้รับการแก้ไข ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย (อาภา จันทรสกุล, 2550) โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษา 4 ขั้นตอน การก่อตั้งกลุ่ม การเปลี่ยนลักษณะกลุ่ม การดำเนินงาน และยุติการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาพปัญหาของตน ยอมรับสภาพ ตลอดจนสามารถแก้ปัญหา และสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 255 4) มีความรับผิดชอบในพฤติกรรมของตนไปในทางที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตทั้งในปัจจุบันและระยะยาวได้ชัดเจน และมีระบบ มีการกำหนดจุดมุ่งหมาย เน้นการช่วยส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา จะเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ในการเผชิญปัญหา โดยส่งเสริมให้ผู้ที่มารับบริการ มีความรู้ ทักษะ การตัดสินใจ การหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาชีวิตของตนได้ดี เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้ผู้ดูแลหรือผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหของตนได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการให้คำปรึกษาที่นำมาใช้ ช่วยส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แล้วยังเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป (สาริณี โต้ะทอง, 2548)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มหรือไม่อย่างไร
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ยาวนาน มีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด เป็นผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในการดำรงชีวิต ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะเครียดและมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (Hall & Docherty , 2000) ถ้าผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผ่านพ้นปัญหาไปด้วยดี หากใช้วิธีการในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาไม่คลี่คลาย จะทำให้เกิดความทุกข์และถ้าเลือกใช้วิธีนั้นบ่อยๆ ความทุกข์จะเพิ่มขึ้น ผลก็คือจะเกิดความล้มเหลวในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลางโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 40 แสดงว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาหน้ากับปัญหาไม่ดี (กาญจนา ขาวนอก, 2548) ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถ้าผู้ดูแลมีกลวิธีในการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น สามารถเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ได้ สามารถแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด และบรรเทาอารมณ์ตึงเครียดต่างๆ ได้ (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2553) สามารถใช้การประคับประคองจากบุคคลอื่น โดยการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น เช่น จากผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์ และมีการพึ่งพาตนเองในด้านการแก้ไขปัญหา และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและผ่อนคลายความตึงเครียดลง ส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2553) ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Counseling Group) ของ Mahler (1969) ซึ่งมีรูปแบบการให้คำปรึกษาช่วยให้นักศึกษาค้นพบสิ่งที่เป็นปัญหาของตน มีความเข้าใจตนเองมากขึ้นและเรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้อื่น รวมทั้งมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม สิ่งเหล่านี้เกิดจากการที่สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล้าเปิดเผยความรู้สึกร่วมกัน เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีโอกาสได้รับฟังการแก้ไขปัญหาจากบุคคลอื่น

และเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหาได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการนำแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1987) และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) มาพัฒนาเป็นผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีการ ดำเนินการ 4 ครั้ง มีเป้าหมายสนับสนุนให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 **ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม** เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง รวมทั้งสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจต่อกลุ่ม โดยเน้นสาระของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจและมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 **ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม** ในขั้นตอนนี้เป็นการปรับความคิดในการเผชิญปัญหาโดยให้สมาชิกสามารถประเมินถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยได้รับข้อมูลและแนวทางในการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่มากระทบ เป็น 3 ลักษณะคือ อันตรายหรือการสูญเสีย การคุกคามและการทำท้าวาย (Lazarus and Folkman,1984) สมาชิกเรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาโดยการมุ่งเน้นการแก้ปัญหามากกว่าอารมณ์ (Lazarus and Folkman,1984) และเน้นให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง กล้าเผชิญความจริงและเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 **ขั้นการดำเนินงาน** เป็นการฝึกการเผชิญและแก้ไขปัญหาโดย สมาชิกสำรวจปัญหาที่แท้จริง ต้องลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่กิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในขั้นนี้จะทำให้สมาชิกมีความสามารถในการที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยงพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาโดยเน้นสาระการปรับแก้ที่เหตุของปัญหา คือพยายามแก้ไขที่ตัวของปัญหาโดยการวางแผนตั้งเป้าหมาย กระทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อแก้ปัญหาหรือมุ่งแก้ไขที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อมมากกว่าอารมณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) เพื่อให้ผู้ดูแลเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหของตนเอง กล้าเผชิญความจริง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหของตนเอง ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการแก้ไขและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 **ขั้นยุติการให้คำปรึกษา** เป็นการฝึกการเผชิญปัญหา สรุปและยุติกลุ่ม ในขั้นนี้สมาชิกเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรม มีแนวทางในการเผชิญปัญหาของตนเองและนำไปปฏิบัติได้ เตรียมตัวที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ให้เหมาะสมในชีวิตประจำวัน โดยเน้นให้สมาชิกสามารถตัดสินใจและวางแผนการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม โดยนำเอารูปแบบความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้ง

แบบการมุ่งเน้นการแก้ปัญหา และอารมณ์มาใช้ร่วมกันอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1984) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความตระหนักในตนเองสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองสร้างความแข็งแกร่งในการจัดการกับปัญหา ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

หลักในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ได้แสดงออกและใช้พลังความคิดเห็นของกลุ่มและการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสภาพปัญหาต่างๆ เพื่อให้สมาชิกได้พัฒนาความเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม พัฒนาความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหา การมองโลกในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ การใช้การประคับประคองและการพึ่งพา และมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์, 2548) ซึ่งเป้าหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มคือ เพื่อช่วยให้สมาชิกรับบริการแต่ละคนมีพฤติกรรมการเผชิญหน้ากับปัญหาหรือความไม่พอใจในชีวิต ให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความเข้าใจกับปัญหา ค้นหาวิธีแก้ไข ตลอดจนแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อคลี่คลายปัญหาหรือความไม่พอใจนั้น สิ่งที่จะระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ปัญหาของสมาชิก โดยเป้าหมายของกลุ่มสนใจที่จะช่วยให้สมาชิกได้เปิดเผยถึงความยุ่งยากและพิจารณาสำรวจถึงปัญหาเหล่านั้น สมาชิกพยายามใช้ศักยภาพของตนเองเพื่อค้นหาแนวทางที่จะเอาชนะความยุ่งยากที่เกิดขึ้นเพื่อจะมีชีวิตที่เป็นสุขสมบูรณ์ขึ้นจนเป็นที่พอใจของสมาชิก และนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยให้สามารถจัดการและแก้ไขปัญหของสมาชิกได้ในที่สุด

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นมีความรู้ มีทักษะ และมีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ลดปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดกับผู้ดูแลได้ (Hou et.al, 2008) ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจทำการศึกษาดังกล่าวของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสรุปเป็นสมมติฐานได้ดังนี้

- 1.ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
- 2.ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยวิธีเลือกตามสะดวก

ตัวแปรต้น คือ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษาให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้สำรวจตนเอง เข้าใจ ยอมรับตนเองและสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง สามารถตัดสินใจร่วมกันแก้ไขปัญหา และเรียนรู้ที่จะนำความคิดหรือประสบการณ์จากกลุ่มด้วยการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ตามแนวคิดของ Mahler (1969) และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1½ – 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง รวมทั้งสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจต่อกัน และมี การเปิดเผยตนเองมากขึ้น โดยเน้นสาระของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม เป็นการทบทวนและปรับความคิดในการเผชิญปัญหา การสร้างจุดมุ่งหมายกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกัน ให้สมาชิกเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง เพื่อให้สมาชิกตระหนักว่าในตนเองมากขึ้น โดยเน้นสาระของวิธีการที่จะเผชิญกับบุคคลอื่นและเน้นให้สมาชิกเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตน สำรวจตัวเอง กล้าเปิดเผยปัญหา อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและเน้นให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง กล้าเผชิญความจริงและเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน เป็นการฝึกการเผชิญและแก้ไขปัญหา การให้สมาชิกสำรวจปัญหาที่แท้จริง ลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่กิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในขั้นนี้จะทำให้สมาชิกมีความสามารถในการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหาโดยเน้นให้เข้าใจปัญหาของตนเอง เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาจากสมาชิกกลุ่ม อภิปรายปัญหาร่วมกัน ร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง เน้นสาระเรื่องความสามารถในการเผชิญปัญหากับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยงปัญหา กล้าเผชิญ

ความจริง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง
 ความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาของตน ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการแก้ไขและพัฒนา
 ความสามารถในการเผชิญปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา เป็นการ ฝึกการเผชิญปัญหา สรุปและยุติกลุ่ม การให้
 สมาชิกเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน เป็นตัวของตัวเอง รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหา นำความคิดและ
 ประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลโดยเน้นสาระของการตัดสินใจเลือกวิธีการ
 แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งแนวทางในการเผชิญปัญหาของตนเองที่เหมาะสม สามารถเป็นตัว
 ของตัวเอง พึ่งพาตนเองได้ ไม่รู้สึกผิดหวังที่แก้ไขปัญหาไม่ได้และต้องแยกจาก

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพในสังกัดสำนักงาน
 สาธารณสุขอำเภอตาพระยา จัดบริการ ให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิต
 เภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเภท แนะนำการดูแล
 ผู้ป่วยที่บ้าน การติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และแจกคู่มือการ
 ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ความสามารถในการเผชิญปัญหา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ดูแล แสดงออกถึงการจัดการใน
 ด้านความคิดและการแสดงออก เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความตึงเครียดของจิตใจ เพื่อบรรเทาหรือ
 คลี่คลายปัญหาในเรื่องการควบคุมตนเองด้านความคิด และพฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์และมี
 กิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่ง วัดโดยแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา ที่ประยุกต์มา
 จากแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา ของเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) แบบวัดนี้
 ประกอบด้วยความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน คือ

- 1) การเผชิญหน้าในการแก้ปัญหา หมายถึง การพยายามแก้ไขปัญหามองหน้ากับ
 สถานการณ์ ใช้กลยุทธ์หาข้อมูล และพยายามแก้ไขปัญหามองหน้ากับ
- 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี หมายถึง การใช้การคิดในแง่ดี มองในแง่ดี การเปรียบเทียบ
 ในทางที่ดี พยายามมองในแง่บวกที่ดีของสถานการณ์ พยายามใช้อารมณ์ขัน ทำให้อารมณ์ดี
- 3) การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด หมายถึง การปลดปล่อยอารมณ์ ลดความตึงเครียดของ
 อารมณ์ ระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลกับปัญหาหรือระบายความตึงเครียดกับผู้อื่น
- 4) การบรรเทาอาการตึงเครียด หมายถึง การพยายามลดหรือควบคุมความทุกข์ โดยทำให้
 รู้สึกดีขึ้น
- 5) การใช้การประคับประคอง หมายถึง ใช้ระบบประคับประคองจากบุคคล ผู้รู้ ผู้มี
 ประสบการณ์
- 6) การพึ่งพาตนเอง หมายถึง การพึ่งพาตนเองสูงกว่าผู้อื่น ทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างใดๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นรูปแบบและแนวทางใน การปฏิบัติ การพยาบาลจิตเวช ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย และพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการ วิจัยแบบกึ่งทดลอง โดย ศึกษาผลของ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ต่อ ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุป เนื้อหา สาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการ ค้นคว้าวิจัย โดยเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการพยาบาล

- 1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ
- 1.3 อาการ
- 1.4 การวินิจฉัย
- 1.5 การดำเนินของโรค
- 1.6 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน
 - 2.1.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.1.2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน
 - 2.1.3 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 2.1.4 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. แนวคิดการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายการเผชิญปัญหา
- 3.2 ความสามารถในการเผชิญปัญหา
- 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล
- 3.4 การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
- 3.5 การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

4. แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

- 4.1 ความหมายการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
- 4.2 วัตถุประสงค์การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
- 4.3 กระบวนการในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

5. แผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia)

Sadock and Sadock (2007) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีระยะเวลาการป่วยนานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรืองตระกูล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือพืชของยาที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว

1.2 สาเหตุ ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภทเกิดได้หลายปัจจัยยังไม่สามารถสรุปแน่นอนได้ ปัจจัยที่เป็นที่ยอมรับมีดังนี้ (Kaplan and Sadock, 1995)

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996)

1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมอง โดยมีข้อค้นพบดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณสาร dopamine ในสมองมากเกินไป
- 2) มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไป
- 3) มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma-amino butyric acid

1.2.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มักมีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

1.2.4 ปัจจัยด้านประสาทสรีรวิทยาพบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงบริเวณ frontal lobe

1.2.5 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยา พัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรก มีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ปรับตัวการควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สถิติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ ตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมาก ไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

1.2.6 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) จากการศึกษา พบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสถานะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือสภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกภาพของตนได้

เหมาะสม ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมาจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ stress diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยมีแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3 อาการ ลักษณะอาการที่สำคัญของโรคจิตเภท คือ มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และ พฤติกรรม มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปโดยมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกายและพยาธิสภาพทางสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุดังกล่าว แบ่งอาการเป็น 2 แบบ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; Taylor, 1994) คือ

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

- 1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนอาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference
- 2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรกแปลก เช่นสวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปีสสวาะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ๆร้องตะโกน โดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็น โดยผ่านการพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการเช่น loose associations, incoherent speech หรือ tangentiality เป็นต้น

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่นในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆอาการเหล่านี้ได้แก่

Alogia พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจมียิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลง

Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลงไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

Asociality เก็บตัว เฉื่อยๆไม่แสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนานในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และมาค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

กลุ่มอาการหลักของ Schneider (Schneiderian first - rank symptom) อาการเหล่านี้ไม่ได้ระบุว่าเป็นโรคจิตเภทแน่นอน (pathognomonic) ในการวินิจฉัยยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆด้วย เนื่องจากโรคจิตเวชอื่นๆก็พบอาการในกลุ่มอาการนี้ได้เช่นกัน

Thought broadcasting ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ความคิดของตนแผ่ออกไปภายนอก จนคนอื่นๆรอบข้างทราบกันหมดว่าตนเอง คิดอะไรอยู่

Delusional perception ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ผิดปกติแต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับ ความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะที่เหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน

Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าอารมณ์ ความรู้สึกแรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นไม่ใช่ของตนเอง หากเป็นอำนาจจากภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้นตนเองเหมือนหุ่นที่คอยทำตามการควบคุม

1.4 การวินิจฉัยโรค หลักการวินิจฉัยโรค (สมภพ เรื่องตระกูล, 2552) มีดังต่อไปนี้คือ

1.4.1 ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่างโดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอย่างน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา) ได้แก่

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) มีความผิดปกติของคำพูด
- 4) มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรืออาการคาทาโทเนีย
- 5) มีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย หรือไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

การวินิจฉัยโรคจิตเภทจำแนกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ DSM IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และระบบ ICD 10 ขององค์การอนามัยโลก โดยประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้งสองระบบ บางสถาบันอาจใช้ DSM IV ทั้งสองระบบนี้มีความคล้ายคลึงกัน

องค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภทดังนี้

- 1) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
- 2) โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟรินิก (Hebephrenic Schizophrenia)

- 3) โรคจิตเภทชนิดคาทาโทเนีย (Catatonic Schizophrenia)
- 4) โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)
- 5) โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)
- 6) โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression)
- 7) โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมค่อยเป็นค่อยไป (Simple Schizophrenia)
- 8) โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia)
- 9) โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

1.5 การดำเนินของโรค อายุของผู้ป่วยเริ่มเป็นครั้งแรกในผู้ชาย เท่ากับอายุ 20 กลางๆ และในผู้หญิง 20 ตอนปลาย อาการอาจเกิดแบบเฉียบพลัน หรือค่อยๆเกิด โดยมี prodromal symptoms นำมาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน หรือการทำงาน ไม่ดูแล สุขอนามัย และมีท่าทางสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติ หรือแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ญาติพี่น้องจะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากคนเดิม ในที่สุดผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจน เช่น อาการหูแว่ว หรืออาการหลงผิด ผู้ป่วยที่มีอาการตั้งแต่อายุน้อยมักเป็นผู้ชาย มีการปรับตัวก่อนป่วยไม่ดี การเรียนไม่ดี มีความผิดปกติของสมองและการรู้การเข้าใจ มีอาการด้านลบ และมีการพยากรณ์โรคไม่ดี การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันมาก บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรึงหรือทรุดลงตามลำดับจนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพในระยะแรกของโรคอาการทางด้านลบมักเด่นชัด และในเวลาต่อมาอาการทางด้านบวก จะปรากฏ เมื่อได้รับการรักษาอาการทางด้านบวกจะหมดไป แต่อาการทางด้านลบจะคงอยู่ ในบางรายอาการทางด้านลบจะเป็นรุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.6 การรักษา การรักษาโรคจิตเภทเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) การรักษามีเป้าหมายเพื่อ

- 1.6.1 รักษาอาการให้หายหรือบรรเทา
- 1.6.2 ป้องกันไม่ให้ป่วยอีก โดย การให้ยากลิตติดต่อกันหลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้ป่วยหรืออาการกำเริบ สังเกตอาการก่อนที่จะมีอาการกำเริบใหม่
- 1.6.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นฝึกทักษะการใช้ชีวิตในสังคม ทักษะในการประกอบอาชีพ ทักษะในการสื่อสาร

จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง จากภาวะปกติและทำให้ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง และลักษณะของโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การดูแลรักษาในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยา

ร่วมกับการบำบัดทางจิตและการรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในรายที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยคงอาการในภาวะปกติมากที่สุด

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2550) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือเรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

สรุป การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหมายถึง การพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้แนวคิดทฤษฎีทั้งในด้านศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือและบำบัดสนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพป้องกันหรือดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยทางจิตรวมทั้งครอบครัว

1.7.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

- 1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- 2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือการทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้วยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือ การ

ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคลครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

1.7.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษาการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม และสาเหตุของพฤติกรรมต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ดังนี้

1.7.2.1 การประเมินสภาพปัญหา

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ได้รับสารอาหารสารน้ำ การพักผ่อน พยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกายพยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไป

2) การประเมินด้านการคิด มีความผิดปกติระดับใด อาการหลงผิด ประสาทหลอนความคิด โคนปองร้าย มีหรือไม่มีความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือระมัดระวังเพียงใด

3) การรับรู้ของผู้ป่วย ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอน ระยะเวลาที่เกิดและการตอบสนอง เพื่อกำหนดแนวทางช่วยเหลือ

4) พฤติกรรมของผู้ป่วย มีการแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร อาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับการช่วยเหลือ

5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจอย่างเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.7.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ

1.7.2.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนระยะสั้นและระยะยาวเน้น
หลักการดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแล
ผู้ป่วยในระยะที่มีอาการจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่าง ๆ ได้แก่

- 1.1) การดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด
ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง
- 1.2) การดูแลสภาพร่างกาย การ
ได้รับสารน้ำ อาหาร การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนจน
ขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้
- 1.3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ได้รับยาถูกต้องปลอดภัย
สังเกตและระวังอาการ ที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- 1.4) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพ
ระหว่างบุคคลและกลุ่มสร้างสัมพันธภาพด้วยความ เข้าใจไว้วางใจสนับสนุน ความเข้าใจไว้วางใจ
สนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งรายบุคคล และเป็น
กลุ่ม
- 1.5) พัฒนาการปรับตัวการมองตน และการมองโลกในทางที่ดี

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแล
ระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ได้แก่

- 2.1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่องเน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง การ
รับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ เน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล
- 2.2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม
- 2.3) การใช้แหล่ง
บริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน หน่วยงานใกล้บ้าน

1.7.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณา
ปรับตามความเหมาะสม

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ
- 2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญ
ปัญหาที่เหมาะสม
- 3) รักษาสมคูลด้านชีววิทยา
- 4) ใช้ความคงเส้นคงวา ชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- 7) ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียงในช่วงที่
ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.7.2.3.5 การประเมินผล ผลการประเมินควรพิจารณาดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ
- 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
- 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- 7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มี 6 บทบาท (Harder et al, 1987)

ดังนี้

- 1) บทบาทผู้ดูแล โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน
- 2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ การจัดกิจกรรม ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการรักษาพยาบาล
- 3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและชุมชน
- 4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาล จะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกละตัวใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยายามจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอน ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการที่ควรระวัง อาการเตือนและการป่วยซ้ำ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางคลินิก พยายามเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาอย่างผู้ชำนาญการ

สรุปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศาสตร์สาขาอื่นๆ การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด (สุภาวดี บุญชู, 2551) แต่ในปัจจุบัน ผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการโรงพยาบาลระดับจังหวัดนั้นมีทั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมาจากนอกเขต ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล ซึ่งการดูแลผู้ป่วย เช่นการติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน ยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ การประสานการทำงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนชุมชน

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

2.1.1 ความหมายของผู้ดูแล

ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้าน หรือผู้ดูแลในครอบครัว คำว่า ผู้ดูแล หรือ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน หรือผู้ดูแลในครอบครัว มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ (Ross & Mackenzie, 1996)

ผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือที่ชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

สรุปผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วยพิการ หรือ เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่มุ่งหวังค่าตอบแทน ผู้ดูแลสามารถแบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาการเจ็บป่วย หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาของการดูแล สม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น (ศิริพันธ์ ยอดเพชร , 2547) ผู้ดูแลหลักจะมีความเครียดสูง และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับของความเครียดต่างกัน (ศิริพันธ์ ศาสัตย์, 2549)

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ (ศิริพันธ์ ยอดเพชร, 2547) หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักของการดูแลเท่านั้น

2.1.2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุมชน พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชนมีดังนี้ (กัลยาณี โนอินทร์, 2542)

1) เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้าน หรือชุมชน ของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิการ หรือป่วยหนักเพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน

3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

5) เป็นการบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

6) เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

7) เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ก็ใช้หลักการเดียวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดั่งข้างต้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างถึงใน อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2545)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุมชน มีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ ในชุมชน โดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการ

พึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

2.1.3 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนนั้น สามารถกระทำได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การประเมินสถานะผู้รับบริการ
- 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน
- 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว
- 4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพ

อาชีพ

- 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
- 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ
- 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ
- 9) การประเมินผลปรับการดูแลเป็นระยะ

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

2.1.4 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Horowitz (1985 cited in Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแลดังนี้

- 1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติ

กิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ดังนั้นในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลด้วย

2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้นครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและกา รักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สัมถนะ, 2541)

จอม สุวรรณ โน (2541) กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้ง 6 ด้านดังนี้

1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน

2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูค่าหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมทางบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู จะเห็นได้ ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมาย ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ การดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1) ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538 ; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ดังเช่นการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของต่าง ๆ อีกด้วย

2) ผลกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่าง ๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวการรณ, 2543) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

3) ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการเฝ้า

ดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (วรภช นิธิกุล, 2535; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; มนตรี ออมพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางาน หยุดงาน หรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541 ; Eakes, 1995) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ล สกุด, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ เพชรา อิมเมม (2531 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล และรายได้ของสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังจะเกิดความรู้สึกลำบากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความห่วงใย เอื้ออาทร และต้องการกำลังใจจากครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตน ช่วยให้อาการป่วยทางจิตดีขึ้น และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

3. แนวคิดการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของความสามารถในการเผชิญปัญหา

มีผู้สนใจทำการศึกษาและให้ความหมายของการเผชิญ (Coping) ไว้ดังนี้

Bruner (1996, cited in Millier, 1992) กล่าวว่าในมุมมองของด้านการศึกษา การเผชิญปัญหา คือ การแก้ปัญหาเผชิญหน้ากับความจริงของปัญหา เพื่อที่จะรักษาความมั่นคง ของการทำงานของร่างกาย

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคล ในการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียดทั้งภายในและภายนอกโดยต้องใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์มากมาย

สุภัทร เลาหวิรภาพ (2548) กล่าวว่าความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึง ความอยู่รอดของมนุษย์ เป็นวิธีการที่มนุษย์ใช้รับมือกับความเครียด ความกดดัน เพื่อให้ตนเองอยู่รอดเพื่อเรียนรู้วิธีการจากครอบครัวในวัยเด็ก เพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัย

สรุปได้ว่า สรุปได้ว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา หมายถึง การที่บุคคล พยายามใช้ทั้ง ความคิดและการกระทำ ในการจัดการ กับปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ หรือคลี่คลายปัญหาทาง เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ

3.1.1 กระบวนการเผชิญปัญหา เป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อความเครียด หรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา กระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาต่อเนื่องกันไป กระบวนการนี้จะมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ (Scott, Oberst, & Dropkin, 1982 อ้างถึงใน ศิริพร โอภาสวัตรชัย, 2530)

1) ภาวะเครียด (Stress) เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ที่เป็นความเครียดทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่ามีความต้องการนำแหล่งประโยชน์ของตนมาใช้ในการแก้ไข ซึ่งได้แก่ ความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือญาติ ความสามารถของตนเอง อาจเป็นความกดดันทางสังคม วัฒนธรรม ความกดดันที่เกิดจากร่างกาย หรือจิตใจของบุคคลเอง แต่โดยพื้นฐานแล้วความกดดันนั้น ทำให้ความสมดุลระหว่างความกดดัน กับความสามารถที่จะจัดการกับมันที่เคยมีอยู่เดิมนั้นเสียไป

2) การประเมิน (appraisal) การประเมินสถานการณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม การประเมินสถานการณ์ มี 3 ขั้นตอน คือ

2.1) การประเมินขั้นที่หนึ่ง (Primary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินสถานการณ์เพื่อตัดสินใจว่าสิ่งใดไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตราย กับตนเอง ถ้าประเมินขั้นที่หนึ่งแล้วบุคคลตัดสินใจว่า สิ่งแวดล้อมนั้นมีสิ่งเป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่าอันตรายอยู่ในระดับใด ใน 3 ระดับนี้

2.1.1) อันตรายนั้นเกิดขึ้นอย่างแน่นอน ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

2.1.2) อันตรายนั้นได้เกิดขึ้นแล้ว และสงบลงแล้ว

2.1.3) อันตรายอาจจะเกิดขึ้นภายใน แต่คาดการณ์ว่าสามารถจะจัดการกับสถานการณ์ได้

2.2) การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือก โดยประเมินทางเลือกที่สามารถกระทำได้ และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาซึ่งจะก่อให้เกิดความสำเร็จหรือผลลัพธ์ตามต้องการ รวมทั้งประเมินผลจากการใช้วิธีเผชิญปัญหาเดิมที่ผ่านมา การประเมินทฤษฎี มิไม่จำเป็นต้องตามหลักการประเมินปฐมภูมิแต่อาจเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้

2.3) การประเมินซ้ำ (reappraisal) หลังจากที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายนั้นยังมีอยู่หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดแล้ว ขั้นตอนนี้อาจถือได้ว่าเป็นการเพิ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งใหม่ได้ถ้าผลประเมินซ้ำนี้บุคคลยังรับรู้ว่ามีอันตรายอยู่ หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่การประเมินใหม่ตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดรุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านตัวบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังนี้

ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า

- ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์ บุคคลยอมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต

- ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด บุคคลโดยทั่วไปจะรู้สึกว่าการณ์ ซึ่งสามารถทำนายได้นั้นทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

- ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ จะทำให้บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดเพิ่มขึ้น

- ระยะเวลาของเหตุการณ์ เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มักทำให้เครียดกว่าเหตุการณ์ ซึ่งยังมาไม่ถึง นอกจากนี้เหตุการณ์ซึ่งมีช่วงเวลาอันยาวนาน เช่น โรคเรื้อรัง ก็มีผลทำให้ความเครียดรุนแรงขึ้น และคงอยู่เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน

ปัจจัยด้านตัวบุคคล

- ข้อผูกพัน (commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากอาจประเมินว่าเป็นความเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากได้

- ความเชื่อ (belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดจะปรากฏในลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่ทำทลายความสามารถของตน
- 3) การทำงานของสมอง (Neurocognitive activation) ในการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่ง ขั้นที่สองและการประเมินสถานการณ์ซ้ำแต่ละครั้ง สมองจะต้องทำงานโดยใช้ระบบต่างๆ ของสมองทำการวิเคราะห์เชิงเหตุผล โดยการคิดแบบกระบวนการแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการประเมินสถานการณ์แต่ละขั้นได้
- 4) ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ (Emotional response to stress) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการประเมินสถานการณ์อย่างมาก การรับรู้สถานการณ์แตกต่างกัน และพบว่าอารมณ์ต่างๆ นี้ มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิต และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ตามมา เช่น พฤติกรรมค้นหาสิ่งที่จะทดแทนการสูญเสียของตนเองได้ เป็นต้น
- ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่ง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเป็นแบบทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ความวิตกกังวล เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลได้พิจารณาและประเมินสถานการณ์ครั้งที่สอง ปฏิกริยาทางอารมณ์จะเปลี่ยนไปเป็นแบบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น ความโกรธ ความกลัว การคาดการณ์สถานการณ์เมื่อบุคคลได้ประเมินสถานการณ์นี้เข้าถึงประสิทธิภาพของพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของคนแล้ว ปฏิกริยาทางอารมณ์นี้จะเปลี่ยนแปลงเป็นทัศนคติได้
- 5) ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย (Physiological response to stress) ปฏิกริยาทางร่างกายต่อความเครียดจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับปฏิกริยาทางอารมณ์ ภายหลังการประเมินขั้นที่หนึ่งปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นแบบทั่ว ๆ ไป คือต่อมพิทูอิทารีและต่อมหมวกไต จะทำงานมากขึ้นแต่ภายหลังการประเมินขั้นที่สองและการประเมินซ้ำ ปฏิกริยาทางร่างกายจะเป็นผลรวมของการที่ฮอร์โมนทั้งหมดถูกกระตุ้น และอวัยวะเป้าหมายที่ถูกกระตุ้นจะมากขึ้น
- 6) ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางพฤติกรรม (Behavior response) หมายถึงพฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลที่สังเกตได้หรือบุคคลรายงานออกมาได้ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะสมองกำลังทำงานเกิดขึ้นจากปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย อารมณ์ หรือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเลือกหนทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขอันตรายก็ได้
- 7) การเผชิญปัญหา (Coping) เป็นตัวเชื่อมระหว่างผลกระทบของสิ่งกระตุ้นกับการปรับตัวได้ เกิดขึ้นจากการใช้สติปัญญาพิจารณาไตร่ตรอง ปฏิกริยาโต้ตอบความเครียดทางร่างกาย อารมณ์ ทั้งสามส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันมีเป้าหมายจัดการกับความเครียด และรักษาความมั่นคงของตนเอง
- 8) การปรับตัว (Adaptation) คือ ผลลัพธ์ของความพยายามที่จะรักษาความมั่นคงของตนเองได้ ด้วยการสร้างสมดุลระหว่างแรงกดดันกับความสามารถที่จะจัดการกับแรงกดดันนั้น

แล้วพลิกแพลงให้เหมาะสมกับตนเอง การมีความเจริญงอกงามทางปัญญา มีการเรียนรู้ใหม่ ๆ หรือสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

3. 1.2 รูปแบบการเผชิญปัญหา

หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาหรือความเครียด ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสียภาวะคุกคาม หรือการทำทายนบุคคลจะเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อจัดการแก้ปัญหาและแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งสามารถแบ่งตามลักษณะหน้าที่กว้าง ๆ เป็น 2 รูปแบบดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984) ดังนี้

1) ความสามารถการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focused coping) มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ คือ มีการกำหนดปัญหาหาวิธี หรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีโดยพิจารณาผลดีผลเสียแล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสม แล้วดำเนินการแก้ปัญหา Jalowice and Other (1984 : 157-158) ได้รวบรวมพฤติกรรมกรเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาไว้ 15 พฤติกรรม

2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional – focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุมปรับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง คือ มุ่งลดความไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ เป็นการรักษาสมดุลทางจิตใจไว้วิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้เป็นเพียงวิธีบรรเทาหรือความไม่สบายใจเท่านั้น ไม่ได้ช่วยจัดการให้ปัญหาหมดไปได้ ดังนั้นถ้านำมาใช้บ่อย ๆ โดยที่บุคคลขาดความตระหนักรู้ในตนเอง หรือคิดและกระทำที่บิดเบือนความจริง ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น มีแนวโน้มทำให้เกิดอาการทางจิตได้ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้อย่างรู้สำนึกตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ก็จะเอื้อให้เกิดการปรับตัวได้ ความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1) รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์ตึงเครียดลดลง
รูปแบบส่วนใหญ่ของความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ วิธีเผชิญปัญหาได้แก่ การหลีกเลี่ยง การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก การพยายามอยู่ห่างจากเหตุการณ์นั้น การเปรียบเทียบในแง่ดี และการมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น

2.2) รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์เครียดเพิ่มขึ้น
ซึ่งมีจำนวนไม่มาก เพื่อทำให้อารมณ์เครียดลดลงหรือพบสถานการณ์ที่ดีกว่าในภายหลัง วิธีดังกล่าวคือ การตำหนิหรือการกระทำบางสิ่งในลักษณะลงโทษตัวเอง ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นได้แก่

นักกีฬาซึ่งตั้งใจเพิ่มความเครียดให้กับตนเองเพื่อที่จะได้มีแรงผลักดันในการต่อสู้แข่งขันเพื่อชัยชนะ เป็นต้น

2.3) รูปแบบอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นการกระทำเพื่อให้ลืมปัญหา ได้แก่ การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การระบายความโกรธ เป็นต้น

ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการผสมผสานระหว่างการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และในแต่ละสถานการณ์ เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บอย่างรุนแรง ต้องสูญเสียอวัยวะหรือมีความพิการ หรือ อาจต้องสูญเสียชีวิตนั้น การปฏิเสธในระยะแรกเป็นการตอบสนองที่ผิดปกติ เพราะในระยะนี้ผู้ที่เจ็บป่วยมักสับสนและอ่อนแอเกินกว่าที่จะเผชิญกับความจริงได้ การปฏิเสธอาจช่วยทำให้มีความหวัง แต่เมื่อเวลาผ่านไปหากยังคงใช้การปฏิเสธตลอดเวลา ก็จะเกิดผลเสีย และทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาอื่น ๆ ที่เหมาะสมหรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ในทางตรงข้ามผู้ป่วยมะเร็งที่ยอมรับความจริงจนกระทั่งหมดสิ้นความหวังทั้งหมดนั้น ถือว่าเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

3.2 ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บุคคลมีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไร และสัมฤทธิ์ผลในการเผชิญปัญหาหรือไม่ ขึ้นอยู่กับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ภายในและภายนอกของบุคคล (Lazarus and Folkman, 1984) ซึ่งขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้ประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดปัญหา เป็นเหตุให้ค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อบรรเทาอารมณ์ให้เกิดสภาพอารมณ์ที่มั่นคง และภาวะสมดุลของจิต โดยการใช้อยู่แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อการเผชิญกับปัญหานั้นๆ ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ก็จะสามารเผชิญปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่ากลุ่มที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เหมาะสม (Bulger, 2003) และบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนมักจะใช้วิธีการจัดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่มีความเชื่อภายนอกตน มักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Anderson, 1977 อ้างถึงใน Lazarus and Folkman, 1984) และบุคคลที่สามารถแสวงหาความรู้ ข้อมูลต่างๆ สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล รวมทั้งสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ได้ดี จะช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้ มีอยู่มากมายเพื่อลดปัญหา เช่น การระบายออกของความรู้สึก การดื่มเหล้า การร้องไห้ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) การดำหนิและการโทษตนเอง เก็บปัญหาไว้คนเดียวไม่ยอมปรึกษาใคร (Rakesh K. Chadda Tej B Sigh and Kalyan K Ganguly, 2007)

นอกจากนี้การศึกษาของ ฐิตารัตน์ คะเนิงเพียร (2550) ศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ด้านจิตใจและอารมณ์ผู้ดูแลได้รับผลกระทบและก่อให้เกิดความเครียด ต้องอดทนกับพฤติกรรมและอารมณ์ ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติหลงเหลืออยู่ (Wai-Tong et al., 2007) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ และมีผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรง ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกในด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ส่งผลกระทบถึงภาวะสุขภาพจิตผู้ดูแล ทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของหรรษา เศรษฐบุปผา (2002) ซึ่งศึกษาพุทธศาสนิกชนผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาทางจิตที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลจะมีอารมณ์ด้านลบในการดูแลผู้ป่วย เช่น มีความเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในชีวิตประจำวัน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลนั้น ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของปัญหา หรือสิ่งที่มาคุกคาม เมื่อต้นเหตุของปัญหาหมดไป ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นปัญหา สามารถปรับตัว มีชีวิตอยู่ในสังคม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ในขณะที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม จะทำให้สามารถผ่านพ้นปัญหาไปเพียงชั่วคราวเท่านั้น และถ้าใช้วิธีการลักษณะนี้เป็นเวลานาน จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งกายและจิตใจ (ฐิตารัตน์ คะเนิงเพียร, 2550)

3.2.1 การพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามที่บุคคล มีการใช้ทั้งความคิดและการกระทำที่จัดการกับความเครียด ทั้งภายในและภายนอก โดยจะต้องใช้กำลังหรือความสามารถและแหล่งประ โยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการที่บุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดผลที่แตกต่างกัน โดยพบว่าการเผชิญปัญหาลักษณะจัดการกับปัญหา มีแนวโน้มทำ ให้ปัญหาได้รับการแก้ไขทำให้เครียดน้อยลง มีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น (Miller, 1992; Uthis, 1999) ในขณะที่หากมีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาจะทำให้มีความผาสุกทางใจระดับต่ำ (Downe Wamboldt, 1995; Walt,1999) เช่นเดียวกับผู้ดูแลและผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในสังคม ถ้าสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียด และให้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา ประกอบกับเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็ง และทนต่อความเครียดได้ และเป็นบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองมักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่มีความเชื่อภายนอกตนเองมักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Anderson, 1977:Elishman, 1984, cited in Lazarus and Folkman, 1984) นอกจากนี้พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มี 3 ด้าน คือ 1) ต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพด้านความรู้การดูแลผู้ป่วย การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ 2) ความต้องการความช่วยเหลือจาก

สมาชิกในครอบครัว 3) ต้องการส่งเสริมอาชีพให้ผู้ป่วย ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม แก่ผู้ดูแลย่อมเป็นวิธีการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลให้เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีหลายวิธี รวมทั้งการให้คำปรึกษาแบบ กลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (กรูณา เฟอร์ตนะ, 2548)

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

การ ประเมินสถานการณ์ที่ใช้กระบวนการทางความคิด เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนด รูปแบบพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะประสบผลสำเร็จ หรือไม่เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสามารถสรุปเกี่ยวกับปัจจัย ต่างๆ ได้ดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984 ; Garland & Bush, 1982 ; Burke & Flaherty, 1993)

1) ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างฉับพลันโดยไม่ทันได้คาดคิดมาก่อน ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่ เกิดสถานการณ์ และเป็นความเครียดเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องที่เกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่งทั้งหมดจะมีผล ต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งอาจ สามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับ เรื่องที่เกิดขึ้นหลาย ๆ เรื่องในเวลาเดียวกัน แม้ว่าความรุนแรงจะน้อยกว่า

2) ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการ กับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมักจะใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับ ปัญหา ซึ่งถ้าไม่ได้ผลก็จะเลือกหาวิธีใหม่

3) อายุ จะมีผลต่อการเผชิญปัญหา โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้เกิดความรอบคอบในการ เผชิญปัญหามากขึ้น มีแนวทางในการเลือกใช้ในการเผชิญปัญหามากขึ้น

4) ระดับการศึกษา ถือเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาระดับ การศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสม ตลอดจนการเลือกใช้ ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่มาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ

5) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะในแต่ละบุคคลในการค้นหาข้อมูลที่เป็น ต้นเหตุ ของปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแยกแยะปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างมี เหตุผล ซึ่งทักษะนี้เป็นผลจากการนำเอาประสบการณ์ ความรู้และสติปัญญามาใช้ในการแก้ปัญหา

6) ทักษะทางสังคม เป็นความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสารสร้างสัมพันธภาพกับ ผู้อื่น เพื่อขอความเห็น ขอความร่วมมือและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมี หน้าที่ บทบาท ในสังคมซึ่งทักษะทางสังคมนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญช่วยในการเผชิญปัญหาหรือ จัดการกับปัญหามากขึ้น

7) แหล่งสนับสนุนทางสังคม คือการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน และสังคมอย่างแท้จริง ทั้งด้านการให้ความรู้หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และด้านการสนับสนุนในด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจและการพึ่งพาอาศัยกัน จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

8) ภาวะสุขภาพและพลังงาน เนื่องจากสุขภาพและพลังงานเป็นตัวเอื้อให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นไปได้อย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่ หากบุคคลร่างกายอ่อนแอหรือเจ็บป่วยทำให้มีพลังงาน ไม่เพียงพอที่จะนำมาจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้

9) ค่านิยมและความเชื่อ บุคคลจะมีความเชื่อแตกต่างกันไปและมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และการประเมินค่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ถ้าบุคคลมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความเชื่อทางบวก เกี่ยวกับความยุติธรรม อิศรภาพ ความดี ความซื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะช่วยให้การประเมินสถานการณ์เป็นไปอย่างเหมาะสม มีความคิดในทางที่ดีต่อความสามารถของตนเอง มองตนเองในทางที่ดีมั่นใจในแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ และมีพลังในการเผชิญปัญหา

10) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางการเงิน สิ่งของและสิ่งอำนวยความสะดวก ถ้าบุคคลใช้สิ่งเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ พยายามหลีกเลี่ยงและมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาได้มากขึ้น

3 .4 การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ

เมื่อบุคคลผ่านการประเมินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญปัญหาแล้ว สิ่งสำคัญที่จะแสดงให้เห็นประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของการเผชิญปัญหา คือ การปรับตัวซึ่งแสดงผลเป็นพฤติกรรม 3 ประการ (หัทธรัตน์ จรัสอุไรสิน, 2539)

1) การทำหน้าที่ในสังคม หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคลและความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมไปถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม โดยส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการจัดการปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นตัวกำหนดว่าเขาเหล่านั้น สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความลังเลไม่แน่ใจ และภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเป็น สิ่งขัดขวางทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคม ได้สำเร็จ

2) ขวัญหรือความพึงพอใจในชีวิต เป็นผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะเวลาควบคู่ไปกับผล ในระยะสั้น คือ อารมณ์ที่แสดงออกแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่เกิดขึ้นในระยะเวลาควบคู่ไปกับผลในระยะสั้นคือ อารมณ์ที่แสดงออกมาแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มีมากระทบ รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการประเมินสถานการณ์ว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด และบุคคลเหล่านั้นมีความพึงพอใจต่อผลของการเผชิญปัญหาหรือไม่

3) ภาวะสุขภาพ ความเครียดและอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธหรือกลัว จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยมากขึ้น รูปแบบการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันนั้น มีความสัมพันธ์ กับผลของการปรับตัวในด้านภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ควรมีการควบคุมอารมณ์ที่ดี ไม่โกรธหรือโมโหง่าย นั่นถือว่ามีความสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

Miller (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่ดีนั้นจะเกิดขึ้นที่บุคคลสามารถจัดการความไม่สุขสบายที่เกิดจากภาวะสูญเสียหรือเป็นอันตราย สามารถรักษาความมั่นคงของบุคคลไว้ได้ รวมทั้งสามารถรักษาบทบาทและการทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและยังคงมองตนเองในด้านบวก การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อ

1) การเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพเมื่อสามารถเก็บความเศร้า โศก เสียใจให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้ 2) ทำให้เกิดความหวังและกำลังใจ 3) มองตนเองในด้านบวก 4) สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่มีความสำคัญในชีวิตตนเองได้ 5) เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม เศรษฐกิจ) Beare and Myer (1994 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ จรัสสุไรสิน, 2539) การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ คือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถจัดการปัญหาได้สำเร็จ ส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่มี ประสิทธิภาพคือการกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แม้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้ความเครียด หรือปัญหาลดลงได้เป็นครั้งคราว เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การรับประทานอาหารมากกว่าปกติ การดูค่าเรียกรวดผู้อื่น เป็นต้น บุคคลซึ่งมีสุขภาพดีเป็นสิ่งชี้ให้เห็นอย่างหนึ่งได้ว่าบุคคลนั้น มีการเผชิญปัญหาได้ดี

Caplan (1963 cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเป็นการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามความเป็นจริงอย่างมีประสิทธิภาพ และค้นหาข้อมูล แสดงอย่างอิสระ ทั้งความรู้สึกในแง่บวกและแง่ลบมีความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้งยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หยุดปัญหาเท่าที่สามารถทำได้ ตระหนักในความเหนื่อยล้าและความไม่เป็นระเบียบแบบแผน พยายามต่อสู้กับปัญหาควบคุมอารมณ์ตัวเองให้ได้นับถือไว้วางใจตัวเองและผู้อื่นมองโลกในแง่ดี

3.5 การประเมินและ การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

Jalowice and Others (1984) ได้สร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาซึ่งเรียกว่า Jalowice coping scale (JCS) ในปี 1979 โดยได้รวบรวมการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการเผชิญปัญหาของ Lazarus (1978) ซึ่งสรุปรูปแบบการเผชิญปัญหา ออกเป็น 2 รูปแบบ ประกอบด้วย (1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งมีอยู่ 15 พฤติกรรม ได้แก่ การยอมรับปัญหา การค้นหาความหมายของสถานการณ์ การแยกแยะสถานการณ์ออกเป็น

ส่วนย่อยๆ การตั้งเป้าหมาย การอภิปรายปัญหา การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ การควบคุมสถานการณ์บางส่วนที่สามารถทำได้ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การพิจารณาปัญหาอย่างใจเป็นกลาง การนำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหา การคิดวิธีแก้ปัญหาไว้หลายๆวิธี การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่พอจะแก้ปัญหาได้ การใช้วิธีแก้ปัญหาหลายๆวิธี การให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและ การเริ่มต้นทำสิ่งที่ดีที่สุดในขณะที่นั้น และ (2) การแก้ไขปัญหามุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีอยู่ 25 พฤติกรรม ได้แก่ การกั๊กวล การร้องไห้ การทำกิจกรรม การใช้อารมณ์ขัน การรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยา การมองโลกในแง่ดี การฝันกลางวัน การจูนเน็ยว การสวดมนต์ไหว้พระ การหงุดหงิด การปิดปัญหาออกจากความคิด การตำหนิผู้อื่น การระบายความเครียดกับผู้อื่น การแยกตัวเอง การยอมแพ้ต่อสถานการณ์ การปล่อยให้สถานการณ์คลี่คลายไปเอง การหาความสบายจากคนใกล้ชิด การหนีจากสถานการณ์ การฝึกสมาธิ การยอมแพ้ต่อสถานการณ์ การนอนหลับ และ การไม่กั๊กวล

ต่อมา Jalowiec ได้พัฒนาเครื่องมือใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา จากแบบวัดชุดเดิมประกอบด้วย 40 ข้อ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา คือ (1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) (2)การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด (Emotion Coping) (3)การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด (Palliative Coping) และได้นำไปหาความเที่ยงโดยการทำซ้ำ (Test-retest Method) ได้ค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.78-0.91 (Jalowiec, 1988) และหาความเที่ยงด้านความสอดคล้องภายในโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.85-0.86 ต่อมาในปี 1987 Jalowiec ได้ปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาใหม่มีจำนวน 60 ข้อ (Jalowiec,1989 cited in Downe-Wamboldt and Melansan, 1995) แบบวัดชุดใหม่นี้แบ่งเป็น 8 รูปแบบ (Jalowiec and Other,1987 cited in Guo Guifang, 1996, Downe-Wamboldt and Melansan, 1995) คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การหนีปัญหา 3) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 4) การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย 5) การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด 6) การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด 7) การใช้การประคับประคอง และ 8) การพึ่งพาตนเอง โดยแบบวัดนี้ได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงได้ 0.88-0.94 และนำไปใช้อย่างแพร่หลาย

จารูวรรณ จินดามงคล (2541) พัฒนาแบบวัดความสามารถในการเผชิญกับปัญหา โดย แปลและดัดแปลงจากแบบวัดของ Jalowiec coping scale (Jalowiec, 1987) สร้างแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยมีคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้าในการแก้ปัญหา 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 3) การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด 4) การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด 5) การใช้การประคับประคอง และ 6) การพึ่งพาตนเอง เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ 0.90 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และประเมินคะแนนดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	0	คะแนน
ปฏิบัติหลายๆครั้ง	1	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	คะแนน

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) ใช้แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยปรับใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน ซึ่งจากรุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้เน้นความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน จำนวน 42 ข้อ คือ 1) การเผชิญหน้า ในการแก้ปัญหา 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 3) การแก้ไขอารมณ์ตั้งเครียด 4) การบรรเทาอารมณ์ตั้งเครียด 5) การใช้การประคับประคอง และ 6) การพึ่งพาตนเอง นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และประเมินคะแนนดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	1	คะแนน
ปฏิบัติหลายๆครั้ง	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	คะแนน

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ มาพัฒนาและใช้ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพราะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีลักษณะใกล้เคียงกัน ไม่ใช่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อได้รับความรู้และทักษะในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะในการเผชิญปัญหา เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น (อาภา จันทรสกุล , 2554) และใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ได้เน้นความสามารถในการเผชิญปัญหา จำนวน 6 ด้าน 40 ข้อ คือ 1) การเผชิญหน้า ในการแก้ปัญหา 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 3) การแก้ไขอารมณ์ตั้งเครียด 4) การบรรเทาอารมณ์ตั้งเครียด 5) การใช้การประคับประคอง และ 6) การพึ่งพาตนเอง นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และประเมินคะแนนดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	0	คะแนน
ปฏิบัติหลายๆครั้ง	1	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	คะแนน

4. แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

4.1 ความหมายการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ในประเด็นต่างๆ ดังนี้ คือ

Ohlsen (1973) ได้ให้ความหมาย การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นรูปแบบของการเข้าไปช่วยเหลือ ผู้มาขอรับการให้คำปรึกษาหลาย ๆ คนอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการที่ให้โอกาสแก่ผู้มารับคำช่วยเหลือ ในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาทักษะที่จะให้ไปถึงเป้าหมายนั้นและการฝึกฝนทักษะดังกล่าวในบรรยากาศที่มีรูปแบบอย่างปลอดภัย โดยธรรมชาติ พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองในบริบทของกลุ่มเพราะฉะนั้นกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจึงเป็นรูปแบบที่ถูกเสนอขึ้นอย่างสอดคล้องกับความเป็นธรรมชาติ

Mahler (1969) ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ว่า หมายถึงกระบวนการของกลุ่มที่ช่วยให้บุคคลได้เข้าใจตนเองและเกิดการยอมรับนับถือตนเองมากขึ้น การที่บุคคลได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนั้น กระบวนการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นช่วยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเคารพ ยอมรับซึ่งกันและกันรับรู้ถึงความรู้สึกของกันและกัน สิ่งเหล่านี้ช่วยบรรเทาความรู้สึกเป็นทุกข์หรือความไม่สบายใจของสมาชิกกลุ่มลง สมาชิกสามารถสำรวจพฤติกรรมของตนเองได้ว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหา และมีแนวทางในการปรับแก้พฤติกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง กลุ่มจะเน้นถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาของสมาชิกที่มีลักษณะคล้ายกัน

วัชร ทรัพย์มี (25 54) อธิบายถึงการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ว่าเป็นกระบวนการที่กลุ่มซึ่งมีความคิดที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มาปรึกษาหารือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษารวมอยู่ด้วย สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเองได้ฝึกการยอมรับตนเองกล้าที่จะเผชิญปัญหาและได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเอง กับทั้งได้ฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าคนอื่นก็มีความขัดแย้งหรือมีความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่ตนเองเท่านั้นที่มีปัญหา นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นมุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับความรู้สึก ทักษะคิด อารมณ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิก โดยมีการจักสภาพแวดล้อมภายในกลุ่มให้เกิดบรรยากาศที่จะให้สมาชิกระบายความรู้สึก ทักษะคิดของตนเองออกมาด้วยความสมัครใจ ซึ่งจะทำให้เกิดความภูมิใจว่าตนเองสามารถให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (25 53) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มหมายถึง การที่บุคคลมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงและพัฒนาตนเองเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง มาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในกลุ่ม

สรุปการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือสมาชิก โดยที่สมาชิกมีความต้องการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาเข้าร่วมกลุ่มเพื่อพบปะ พูดคุย โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาร่วมกลุ่มด้วย ในกระบวนการกลุ่ม สมาชิกเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่ม การไว้วางใจผู้อื่น การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เรียนรู้ที่จะสามารถเผชิญกับปัญหาของตนเองได้ โดยมีสมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และเผชิญปัญหาาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่ทักษะ และความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต ทักยิน (2548) ได้ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้ด้านการคิด และความรู้สึกรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเภทดี และมีพฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้ป่วยดี ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

4.2 วัตถุประสงค์การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Mahler (1969) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม คือ การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก ซึ่งทำให้เขาค้นพบความต้องการของตนเองและได้ค้นหาความเป็นตัวตนของตนเอง กล่าวที่จะระบายความรู้สึกที่มีต่อตนเอง สมาชิกกลุ่มและสิ่งแวดล้อมภายนอก เรียนรู้ที่จะรับผิดชอบในพฤติกรรมของตนเอง มีความสุขที่จะมีชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นและสังคม อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (25 53) กล่าวว่าวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อช่วยให้สมาชิกได้พัฒนาความเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยสรุปแล้ววัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ช่วยเหลือบุคคลให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง มองตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมในแง่บวกมากขึ้น รวมทั้งสามารถค้นพบแนวทางในการเผชิญปัญหาของตนเอง และสมาชิกกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 กระบวนการในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

1) การเลือกสมาชิก Mahler (1969) กล่าวว่าควรเป็นผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมหรือมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่ม โดยที่สมาชิกมีลักษณะของปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

2) ขนาดของกลุ่ม ในเรื่องขนาดของกลุ่มมีแนวคิดที่แตกต่างกันออกไปดังนี้

Trotzer (1977) เสนอว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ควรมีลักษณะเป็นกลุ่มขนาดเล็ก สำหรับกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นผู้ใหญ่ หรือวัยรุ่น ควรประกอบด้วยสมาชิก 6 – 10 คน ส่วนกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นเด็ก ควรมีขนาด 4 – 6 คน จึงจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด

Mahler (1969) เสนอว่าในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มควรมีสมาชิกไม่น้อยกว่า 7 คนและไม่เกิน 10 คน

3) จำนวนครั้งและระยะเวลาในแต่ละครั้งที่ใช้ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้นจะต้องมีการเข้าประชุมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกได้มีเวลาที่จะพัฒนา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น Ohlsen (1973) เสนอว่าควรจะมีการประชุมกลุ่ม 8-10 ครั้ง ระยะเวลาในแต่ละครั้งไม่ควรต่ำกว่า 90 นาที อาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง ส่วน Corey (1985) กล่าวว่าไว้ว่า การประชุมกลุ่มควรประชุมอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของกลุ่มหรือประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม

ขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

Mahler (1969) กล่าวถึงขั้นตอนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The Involvement Stage) เป็นขั้นตอนของการชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพ ตลอดจนการเริ่มต้นอภิปรายถึงความรู้สึกและพฤติกรรม Mahler ให้ข้อสังเกตว่า ไม่สามารถจะบอกได้ว่าวิธีไหนดีที่สุดสำหรับการเริ่มดำเนินการของกลุ่ม หรือการให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในกลุ่ม ขึ้นอยู่กับความสามารถและประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะมีลักษณะเฉพาะตัว บางกลุ่มใช้เวลาเพียงเล็กน้อย แต่บางกลุ่มใช้ระยะเวลา นาน โดยมากในระยะก่อตั้งกลุ่มนี้สมาชิกในกลุ่มมักมีความรู้สึกที่ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและมีแนวโน้มจะติดตามหรือทำตามที่ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ เวลาสำหรับให้สมาชิกในกลุ่มคุ้นเคยและไว้วางใจกันแตกต่างออกไป เพราะบางกลุ่มสมาชิกได้เคยรู้จักกันมาก่อนแล้ว ในระยะเริ่มแรกสมาชิกอาจไม่แน่ใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวของเขาต่อกลุ่ม สัมพันธภาพยังอยู่ในระดับผิวเผิน

2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม (The Transition Stage) ในขั้นนี้ไม่สามารถแบ่งแยกจากขั้นการก่อตั้งกลุ่ม ได้เด็ดขาด ขั้นนี้เป็นการเปลี่ยนจากกลุ่มสังคมธรรมดาเป็นกลุ่มที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อการช่วยเหลือ เมื่อถึงขั้นนี้สมาชิกในกลุ่มจะตระหนักว่าจุดมุ่งหมายของกลุ่ม คือ การพัฒนาสถานการณ์เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ใช่พูดคุยกันแบบกลุ่มสังคมธรรมดา ในขั้นนี้สมาชิกสมาชิกในกลุ่มอาจเกิดการต่อต้านและวิตกกังวลได้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องชี้แจงให้สมาชิกเข้าใจในลักษณะของกลุ่มว่าต่างจากกลุ่มสังคมทั่วไป สมาชิกแต่ละคนจะต้องอภิปรายปัญหาส่วนตัวของตนอย่างเปิดเผยซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกคนในกลุ่ม ขั้นนี้จะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อสมาชิกในกลุ่มเต็มใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองในกลุ่ม

3) ขั้นการดำเนินงาน (The Working Stage) ในขั้นนี้สมาชิกจะมีความเห็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทุกคนเต็มใจที่จะอภิปรายต่อกลุ่ม แต่อาจเกิดจุดบกพร่องขึ้นได้ถ้าสมาชิกหันเหการ

อภิปรายไปสู่ปัญหาทั่วไป หรือปัญหาภายนอกแทนการพูดถึงปัญหาส่วนตัว ในขั้นนี้สมาชิกทุกคนควรสนใจอารมณ์และความรู้สึกของบุคคลมากกว่าการเน้นเนื้อหาของปัญหา สมาชิกอาจช่วยแก้ไขปัญหาในกลุ่มแต่ไม่จำเป็นที่กลุ่มจะต้องเน้นที่การแก้ปัญหาโดยเฉพาะ จุดมุ่งหมายสำคัญของขั้นตอนนี้คือ ให้สมาชิกได้เข้าใจปัญหาของตนเองจากกลุ่ม เขาจะได้หาวิธีแก้ปัญหานั้นที่เหมาะสมต่อไป ในขั้นนี้สมาชิกจะได้มีโอกาสสำรวจตนเองและได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หน้าที่หลักของผู้ให้คำปรึกษาคือเป็นผู้สรุปและอำนวยความสะดวกให้กลุ่มดำเนินไปตามเป้าหมาย

4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (The Ending Stage) การยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มขึ้นอยู่กับสมาชิกในกลุ่มจะพิจารณากันเอง การยุติสัมพันธภาพอันใกล้ชิดนี้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก สมาชิกบางคนอาจต้องการให้กลุ่มดำเนินต่อไป อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่าปัญหาที่พบในขั้นนี้คือ สมาชิกในกลุ่มเกิดสัมพันธภาพกันอย่างลึกซึ้ง และมักไม่ยอมแยกจากกลุ่มเพราะสมาชิกได้ใช้เป็นที่ระบายความรู้สึกในแง่ความเกลียด ความโกรธ ความไม่แน่ใจและอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มจะต้องมีสิ้นสุดลงในเวลาหนึ่ง และสมาชิกควรเป็นตัวของตัวเองพอที่จะแยกออกจากกลุ่มได้ ไม่ยึดติด ฟุ้งพาดตนเองได้ และไม่รู้สึกผิดหวังที่ยังแก้ไขปัญหานั้นไม่ได้ Mahler (1969) ให้ข้อสังเกตว่าประสบการณ์ที่สมาชิกได้รับจากกลุ่มที่ได้เรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆ ที่ผ่านมาในช่วงชีวิตของเขาด้วย

กระบวนการการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา การให้การปรึกษากลุ่มกับความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ไม่มีความมั่นใจในตัวเอง อายุที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องการการยอมรับจากเพื่อนชุมชนและสังคม เพื่อนในสังคมมีอิทธิพลให้ความอบอุ่น มีความหมายและมีความสำคัญกับผู้ดูแลมากที่สุด การที่ผู้ดูแลมาร่วมการให้คำปรึกษานั้นเป็นการตอบสนองความต้องการอย่างหนึ่งของผู้ดูแล คือเป็นการหลีกเลี่ยงความโดดเดี่ยว เพราะความสัมพันธ์ในกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสรู้จักกับเพื่อนใหม่ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความรัก ความห่วงใย มีความสนิทสนมกัน เข้าใจซึ่งกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการทำตามลำพัง เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคก็ร่วมกันแก้ไขช่วยกันคิดนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับ ในการรับฟังความคิดเห็นของกลุ่ม และมีโอกาสได้รู้จักตนเองตามความเป็นจริงมากขึ้น เมื่อได้มองตนเองด้วยสายตาของผู้อื่น เมื่อได้รับคำยกย่องหรือชื่นชม เขาจะพัฒนาทัศนคติเกี่ยวกับตนเองขึ้นมาอย่างไม่รู้ตัว (Roger , 1962) ซึ่งประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อผู้ดูแล มีดังนี้ (Corey , 1995)

1) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากกระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ดูแล ได้แสดงออกถึงความรู้สึกกับข้อใจ ได้ตรวจสอบถึงสาเหตุของปัญหา

2) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลกล้าที่จะถามคำถาม และแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่

3) ในกระบวนการกลุ่ม ผู้ดูแลเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ต้นแบบของผู้ดูแลในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งก็คือผู้นำกลุ่มนั่นเอง

4) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเปรียบเสมือนเครื่องมือให้ผู้ดูแลมีโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับตนเอง โดยเกิดจากการที่ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มตามสถานการณ์ต่าง ๆ มีโอกาสแสดงความรู้สึก ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะช่วยเหลือสมาชิกคนอื่น ๆ ซึ่งเป็นโอกาสให้เขาได้รู้จักตนเอง เข้าใจและยอมรับในตนเองโดยผ่านการมองตนเองด้วยสายตาคนอื่น

ประทุม แป้นสุวรรณ (2545) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มดังนี้

1) บรรยากาศสัมพันธภาพที่อบอุ่น เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รับฟังแลกเปลี่ยนเสนอแนะความคิดเห็นนำไปสู่การสำรวจตนเอง ทำให้กล้าที่จะเผชิญกับปัญหา เกิดการตั้งการให้และการรับการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะนำไปสู่ทักษะในการแก้ปัญหาได้หลากหลาย

2) เกิดความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน สามารถบอกความรู้สึกเล่าเรื่องที่เป็นปัญหาตลอดจนรับฟังปัญหาของสมาชิกได้ ซึ่งเป็นการเปิดเผยปัญหาถ่ายทอดความรู้สึกแก่กันและกัน

3) สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหา เรียนรู้จากการแก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่น ๆ นำไปสู่แนวทางการแก้ปัญหา

4) ผู้นำกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับฟังการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็นอย่างจริงใจ จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการปรับตัวให้มีพฤติกรรมที่มีจุดประสงค์นับเป็นการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหา

5) สมาชิกในกลุ่มเข้าใจตนเองได้อย่างชัดเจน ทำให้เข้าใจค่านิยมของตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติปรับพฤติกรรมของตนเองได้เหมาะสมเป็นการพัฒนาตนเอง นั่นคือสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขในสังคม

6) สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกปลอดภัย ได้รับความไว้วางใจจากกลุ่ม เป็นอีกส่วนหนึ่งที่สมาชิกในกลุ่มได้ทดลองเรียนรู้ ยอมรับ การช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ตลอดจนเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทดลองปรับพฤติกรรมใหม่เพื่อแสวงหาเส้นทางปรับปรุงตนเองในชีวิตประจำวันที่ดี

7) กลุ่มสมาชิกกลุ่มผู้ดูแล เป็นวัยที่ต้องการแสวงหาการยอมรับจากกลุ่มชุมชนสังคมและเพื่อนจึงมีความหมายมีความสำคัญมากที่สุด ดังนั้น การรวมกลุ่มเพื่อให้คำปรึกษาจึงเหมาะสมอย่างที่สุด

8) การให้คำปรึกษากลุ่ม เป็นการให้บริการกับสมาชิกหลายคนในเวลาเดียวกันซึ่งมีโอกาช่วยเหลือผู้มาขอรับบริการได้ครั้งละหลาย ๆ คน ประหยัดเวลา ช่วยแก้ไขปัญหาได้ทันสถานการณ์กับสภาวะวิกฤติ

9) การให้คำปรึกษากลุ่มนำไปสู่ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหลังจากได้รับคำปรึกษากลุ่มมาแล้วเพื่อหาช่องทางในการแก้ไขปัญหา เจาะลึกแต่ละบุคคลในโอกาสต่อไป

จากประโยชน์ที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในผู้ดูแล เพราะเพื่อนเป็นกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อผู้ดูแลมากที่สุด การที่ผู้ดูแลได้เข้ามาร่วมกลุ่มคำปรึกษาได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ เรียนรู้การไว้วางใจผู้อื่น เกิดความรู้สึกร่วมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เรียนรู้ว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาแต่เพียงผู้เดียวแต่ผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกันเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน สามารถที่จะให้และรับรู้ปัญหาจากบุคคลอื่นๆ และมีโอกาสระบายความรู้สึกที่แท้จริงเกี่ยวกับความคับข้องใจ และไม่สบายใจของตนเองออกมาให้สมาชิกได้สะท้อนความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกแต่ละคนได้มองย้อนตัวตนของตนเองเกิดการยอมรับและเข้าใจตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตนเอง สามารถปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งสมดุลของอารมณ์ สามารถนำประสบการณ์ที่ได้จากกลุ่มมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทุก ๆ ด้านทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนในตนเองปรับตัวไม่ได้มีปัญหามากมาย ผู้ดูแลบางคนไม่สามารถเผชิญการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือแนะนำอย่างถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นวิธีการช่วยเหลือวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ดูแลวิธีการหนึ่งซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้การอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีการสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อกันในบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นมิตรและปลอดภัย เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลได้มีโอกาสนำเสนอปัญหาของตนเองต่อกลุ่ม สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งจากการเข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแลพบว่าตนเองไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวหรือแตกต่างไปจากคนอื่น แล้วยังมีคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงหรืออาจมีปัญหารุนแรงมากกว่าตนเอง สมาชิกกลุ่มมีโอกาสเรียนรู้จากกันและกัน ด้วยการสังเกตว่าสมาชิกคนอื่น ๆ มีแนวทางเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาอย่างไร ได้เรียนรู้การให้และการรับความช่วยเหลือซึ่งกัน

และกัน ผู้ดูแลได้รับความสนับสนุนจากกลุ่มในแนวทางเผชิญปัญหาของตนเอง ซึ่งกลุ่มจะยอมรับและให้กำลังใจแก่เขาให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าต่อตัวเองมากขึ้น มีการรับรู้เข้าใจและยอมรับตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง สามารถเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาโดยตนเอง จัดความขัดแย้งในจิตใจที่มีอยู่ออกไป ซึ่งผลจากกลุ่มทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้ตามสภาพความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นวิธีการช่วยเหลือวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ดูแลวิธีการหนึ่งซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้การอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีการสร้างความสัมพันธ์ทางอันดีต่อกันในบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นมิตรและปลอดภัย เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลจะได้มีโอกาสนำเสนอปัญหาของตนเองต่อกลุ่ม สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งจากการเข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแลจะพบว่าตนเองไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยวหรือแตกต่างไปจากคนอื่น แล้วยังมีคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงหรืออาจมีปัญหารุนแรงมากกว่าตนเอง สมาชิกกลุ่มมีโอกาสเรียนรู้จากกันและกัน ด้วยการสังเกตว่าสมาชิกคนอื่น ๆ มีแนวทางเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาอย่างไร ได้เรียนรู้การให้และการรับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันผู้ดูแล ได้รับความสนับสนุนจากกลุ่มในแนวทางเผชิญปัญหาของตนเอง ซึ่งกลุ่มจะยอมรับและให้กำลังใจแก่เขาให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าต่อตัวเองมากขึ้น มีการรับรู้เข้าใจและยอมรับตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง สามารถเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จัดความขัดแย้งในจิตใจที่มีอยู่ออกไป ซึ่งผลจากกลุ่มทำให้ผู้ดูแล สามารถเผชิญปัญหาได้ตามสภาพความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น และไม่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

5. แผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

แนวคิดและหลักการ

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ยาวนาน มีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด เป็นผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะเครียดและมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (Hall & Docherty , 2000) ถ้าผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ทำให้ผ่านพ้นปัญหาไปด้วยดี หากเลือกใช้วิธีการในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาไม่คลี่คลาย จะทำให้เกิดความทุกข์และถ้าเลือกใช้วิธีนั้นบ่อยๆ ความทุกข์จะเพิ่มขึ้น ผลก็คือจะเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Counseling

Group) ของ Mahler (1969) ซึ่งมีรูปแบบการให้คำปรึกษาช่วยให้บุคคลค้นพบสิ่งที่เป็นปัญหาของตน มีความเข้าใจตนเองมากขึ้นและเรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้อื่น รวมทั้งมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม กล่าวเปิดเผยความรู้สึกต่อกลุ่ม เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีโอกาสได้รับฟังการแก้ไขปัญหามาจากบุคคลอื่น และเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหาได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ช่วยให้บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมก่อให้เกิดการเรียนรู้ เป้าหมายของการให้คำปรึกษา คือ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้รับการแก้ไข ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย (อาภา จันทรสกุล, 2554) โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง รวมทั้งสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจต่อกลุ่ม โดยเน้นสาระของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจและมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม ในขั้นตอนนี้เป็นการปรับความคิดในการเผชิญปัญหาโดยให้สมาชิกสามารถประเมินถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยได้รับข้อมูลและแนวทางในการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่มากระทบ เป็น 3 ลักษณะคือ อันตรายหรือการสูญเสีย การคุกคามและการทำทายน (Lazarus and Folkman, 1984) สมาชิกเรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาโดยการมุ่งเน้นการแก้ปัญหา มากกว่าอารมณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) และเน้นให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง กล่าวเผชิญความจริงและเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหามาของตนเอง ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน เป็นการฝึกการเผชิญและแก้ไขปัญหาโดย สมาชิกสำรวจปัญหาที่แท้จริง ต้องลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่กิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในขั้นนี้จะทำให้สมาชิกมีความสามารถในการที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยงหรือหนีที่จะเผชิญกับปัญหาโดยเน้นสาระการปรับแก้ที่เหตุของปัญหา คือพยายามแก้ไขที่ตัวของปัญหาโดยการวางแผนตั้งเป้าหมาย กระทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อแก้ปัญหาหรือมุ่งแก้ไขที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อมมากกว่าอารมณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) เพื่อให้ผู้ดูแลเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหามาของตนเอง กล่าวเผชิญความจริง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหามาของตน ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการแก้ไขและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา เป็นการฝึกการเผชิญปัญหา สรุปลงและยุติกลุ่ม ในขั้นนี้สมาชิกเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรม มีแนวทางในการเผชิญปัญหาของตนและนำไปปฏิบัติได้ เตรียมตัวที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ให้เหมาะสมในชีวิตประจำวัน โดยเน้นให้สมาชิกสามารถตัดสินใจและวางแผนการ

เผชิญปัญหาได้เหมาะสม โดยนำเอารูปแบบความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งแบบการมุ่งเน้นการแก้ปัญหา และอารมณ์มาใช้ร่วมกันอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1984) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความตระหนักในตนเองสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองสร้างความแข็งแกร่งในการจัดการกับปัญหา ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาพปัญหาของตน ยอมรับสภาพ ตลอดจนสามารถแก้ปัญหา และสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553) มีความรับผิดชอบในพฤติกรรมของตนไปในทางที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตทั้งในปัจจุบันและระยะยาวได้ชัดเจน และมีระบบ มีการกำหนดจุดมุ่งหมาย เน้นการช่วยส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาไว้ 6 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์เชิงเครียด การบรรเทาอารมณ์ การใช้การประคับประคอง และการพึ่งพาตนเอง จะเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ในการเผชิญปัญหา โดยส่งเสริมให้ผู้ที่มีมารับบริการ มีความรู้ ทักษะ การตัดสินใจ การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตของตนได้ดี เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้ดูแลหรือผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาของตนได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการให้คำปรึกษาที่นำมาใช้ ช่วยส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และ รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครั้งละหลายๆ ช่วยลดต้นทุนเรื่องเวลาในการให้คำปรึกษา และความจำกัดของบุคลากร ร่วมกับการนำแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1987) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีการดำเนินการ 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1½ - 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าการจัดกระทำ 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1½ - 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ พบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ Corey (1985) กล่าวว่า การเข้ากลุ่มควรเข้ากลุ่มอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ทำให้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ ให้สมาชิกได้มีเวลาที่จะพัฒนา และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น (Ohlsen, 1973)

แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา

ผู้วิจัยได้จัดทำกิจกรรม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยศึกษาและทบทวนแนวคิด ในการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1987) ที่พัฒนาตามแนวคิดของ

Lazarus & Folkman (1984) และแนวทางในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของ Mahler (1969) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) และสร้างเครือข่าย (Network) โดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แบ่งระยะการดำเนินการกลุ่มเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม (The involvement stage) ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม (The transition stage) ขั้นการดำเนินงาน (The working stage) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา (The ending stage) นำมาผสมผสานโดยเนื้อหาในกิจกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม โดยผู้ศึกษาได้ปรับเนื้อหาของกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน และ ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา นำมาจากแนวคิดหลักการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหา ของเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น พัฒนาขึ้นเป็นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

กิตติยา สุขพินิจ (2547) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของโรเจอร์ส เพื่อพัฒนาอัตมโนทัศน์และการปรับตัวทางสังคม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่มีความสามารถในการปรับตัวทางสังคมต่ำ กลุ่มตัวอย่างที่ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 10 คน ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองเชิงปฏิบัติการนักเรียนที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีอัตมโนทัศน์และการปรับตัวทางสังคมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

จารุวรรณ จินดามงคล (2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 20 คน ที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาระดับพอใช้ กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน พบว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีผลทำให้คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายดีขึ้น หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ปาริชาติ กิจธรรมคุณ (2547) ศึกษาการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของเยาวชนที่เสพยาบ้า ในระยะติดตามการรักษาโรงพยาบาลทัตตะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม มีผลทำให้คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของเยาวชนที่เสพยาบ้าในระยะติดตามการรักษาก่อนได้รับโปรแกรมการใช้จิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ 0.5

พัชรินทร์ อรุณเรือง (2545) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลังและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูพลังและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง

พิมพ์สิริ มาลารัตน์ (2546) ศึกษาผลการปรึกษาแบบกลุ่มต่อทัศนคติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและอำนาจภายในตน ในการควบคุมพฤติกรรมทางเพศ ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่า หลังการทดลอง นิสิตที่เข้าร่วมกลุ่มมีทัศนคติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและการมีอำนาจภายในตน ในการควบคุมพฤติกรรมทางเพศสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิชุดาวัลย์ โอรัตนสถาพร (2546) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 3 โรงเรียนเวียงป่าเป้าวิทยาคม จังหวัดเชียงราย ที่มีคะแนนความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมต่ำ กลุ่มละ 16 คน พบว่าหลังการทดลองนักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษา มีคะแนนความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษา

สุดาภรณ์ วงศ์ใหญ่ (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ต่อความเข้มแข็งในการมองโลก และความวิตกกังวลทางสังคมทางสังคมของเยาวชนในสถานสงเคราะห์เด็กชายบ้านเชียงใหม่ ที่มีอายุ 13-18 ปี จำนวน 16 คน กลุ่มละ 8 คน พบว่าเยาวชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล และอารมณ์มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้นมีความวิตกกังวลทางสังคมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวรรณ มาหนองชัย (2546) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรมและการปฏิบัติธรรมที่มีต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่มีแนวโน้มสุขภาพจิตไม่ดี

กลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 8 คนพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาพจิตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมและดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

อังคณา จิรโรจน์ (2547) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความเครียดและความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีปัญหาพฤติกรรม ในโรงเรียนบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่านักเรียนในโรงเรียนบางปะหันที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อนทดลองนักเรียนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับพอใช้ทั้ง 6 ด้าน ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.0-1.99 และหลังทดลองมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดี ทั้ง 6 ด้าน

อัจฉราวรรณ ตริยวง (2547) ได้ศึกษาผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อความเครียดในผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ ระดับการศึกษา และความเครียด พบว่า กลุ่มจิตศึกษาสามารถลดความเครียดของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

Bolognini and other (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลวิธีการเผชิญปัญหาและสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนต้น เพื่อระบุนัยความเหมือนและความแตกต่างของรูปแบบการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น โดยทำการศึกษาในวัยรุ่นตอนต้นที่อยู่ในชุมชนจำนวน 223 คน และวัยรุ่นตอนต้นที่มีปัญหาการเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นตอนต้นเพศหญิงในชุมชน มีแนวโน้มการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาด้วยตัวเอง และใช้ 1สัมพันธ์ทางสังคมเข้าร่วมด้วย ขณะที่วัยรุ่นตอนต้นเพศชายใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมองโลกในทางบวก การเบี่ยงเบนความสนใจ การหาทางผ่อนคลายความเครียด ด้วยการเล่นเกมส์และทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น เล่นกีฬา ส่วนวัยรุ่นตอนต้นกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง

Burton (1987) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มในการฝึกความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ให้กับเด็กวัยรุ่นลูกครึ่ง เกาหลี-อเมริกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นลูกครึ่งเกาหลี-อเมริกัน จำนวน 85 คน ที่มีอายุระหว่าง 14-18 ปี จากการศึกษาพบว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มใช้วิธีการฝึกความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ได้ดีกว่าการฝึกในรูปแบบอื่น ๆ ส่วนด้านความตระหนักรู้ในการแสดงความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม ไม่แตกต่างกันกับการฝึกในรูปแบบอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กวัยรุ่นหญิงจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมและสถานะความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นมากกว่าเด็กวัยรุ่นชาย ส่วนในด้านความตระหนักรู้ในการแสดงความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม พบว่าเด็กวัยรุ่นหญิงมีคะแนนเพิ่มมากกว่าของเด็กวัยรุ่นชาย เมื่อฝึกกับผู้นำกลุ่มเพศชาย และเด็กวัยรุ่นชายมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่าเด็กวัยรุ่นหญิงเมื่อฝึกกับผู้นำกลุ่มเพศหญิง

Caplan (1975) ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีพฤติกรรมเกร โดยการทดลองในการให้คำปรึกษาสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 50 นาทีเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์พบว่านักเรียนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีพฤติกรรมที่สังคมยอมรับ สามารถรับรู้ถึงตัวตนและอัตมโนทัศน์ที่มีความสมดุลกันได้

Desrats (1975; อ้างถึงใน กิตติยาสุขพินิจ 2547) ศึกษาผลการใช้ตัวแบบในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีผลต่อพัฒนา การทางการเรียน การปรับตัว มโนภาพของเด็กวัยรุ่นในสถาบัน รับเลี้ยงเด็ก อายุ 11-14 ปี จำนวน 58 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มและ กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ให้การให้ คำปรึกษาแบบกลุ่มพัฒนาการ (/The developmental group counseling) และให้การให้คำปรึกษาแบบ ตัวแบบ (Modeling group counseling) คือ มุ่งสนใจที่การศึกษาเฉพาะรายและทักษะสัมพันธภาพที่ สมาชิกเสนอขึ้นมา สมาชิกพบกัน 2 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ติดต่อกัน 5 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยเสนอว่าควรให้มีการ รายงานตนเอง (Self report) และ จำกัดตัวแปรให้แคบลง

Hayes B (2001) ศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม แก่นักเรียนในโรงเรียนมี ประสิทธิภาพจริงหรือไม่ ซึ่ง Hayes ได้ทำการศึกษาทั้งในโรงเรียนระดับอนุบาล ประถม และ มัธยมศึกษา พบว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มแก่เด็กนักเรียนในทุกวัยนั้นมีประสิทธิภาพจริง เพราะ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้เด็กนักเรียนนั้นพัฒนาทักษะทางสังคม มีทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นดี ขึ้นเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง และเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

Lang (1976; อ้างในวิภาวี เกียรติอัครมาสัย, 2542) ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเชิง จิตวิทยาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความเข้าใจตนเองตามสภาพที่เป็นจริงในเด็กนักเรียน ที่มีพฤติกรรมไม่ เหมาะสมในห้องเรียน และเป็นผู้ที่จะเข้าศึกษาต่อในโรงเรียนอาชีวศึกษา พบว่าให้คำปรึกษา โดย การเข้ากลุ่มแบบพัฒนาศักยภาพ ทำให้นักเรียนพัฒนาความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Martinez (1981) ศึกษาเปรียบเทียบผลการฝึกความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมแบบกลุ่ม กับการบำบัด เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเป็นคุณค่าของตนเองแบบกลุ่ม ที่มีต่อการลดลงของคะแนน ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความก้าวร้าวและการเพิ่มขึ้นของความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม กับความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วนคือ บุคคลที่กำลังอยู่ในช่วงการ บำบัดหรือที่มีประวัติมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตรกับบุคคลอื่น ความ ไม่กล้าแสดงออก หรือความเห็นคุณค่าของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มมีความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง โดยกลุ่มที่ได้รับการฝึก ความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดเพื่อส่งเสริมการเห็น

คุณค่าของตนเอง (2) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความก้าวร้าวลดลง ภายหลังการทดลอง (3) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกความกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม มีความรู้สึก เห็นคุณค่าของตนเองและอึดทน โน้ตสนั่นแห่งตน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อส่งเสริม ความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง

Plancherel and Bolognini (1995) ศึกษาการเผชิญปัญหาและสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น โดยทำการศึกษาระยะยาว (ปี ค.ศ.1989-1991) ในเรื่องสุขภาพจิต ปัจจัยที่ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในเด็กวัยรุ่นตอนต้นชาวสวีเดนจำนวน 276 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 13 ปี 8 เดือน ผล การศึกษาพบว่าเพศหญิงมีกลวิธีการเผชิญปัญหาแบบใช้สัมพันธภาพทางสังคมเข้ามาช่วยมีการ แสดงออกทางลบ มีพฤติกรรมการกิน การเดินดูและซื้อของตามห้างสรรพสินค้ามากกว่าเด็กชาย ขณะที่เด็กชายมักใช้อารมณ์ขันการทำงานอดิเรกหรือเล่นกีฬามากกว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้ เป็นปัจจัยป้องกันเด็กวัยรุ่นตอนต้นเพศชายและเพศหญิงจากความทุกข์ใจและปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหาการนอน อารมณ์ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล

Samulewicz (1975) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับความสามารถในการวิเคราะห์ วิจารณ์ มโนภาพแห่งตน และการปรับพฤติกรรมของนักเรียนที่มีปัญหาในการปรับตัว โดยแบ่ง นักเรียนชาย - หญิงที่มีระดับสติปัญญา 85-115 เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มและเป็นกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม สมาชิกพบกัน 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยกลุ่มทดลองกลุ่มที่เน้นความคิดส่วนกลุ่มควบคุมจะ ไม่มีบริการใด ๆ ผลการทดลองพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และ 1 กลุ่มควบคุมมีความ แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการวิเคราะห์วิจารณ์ มโนภาพแห่งตนและ คะแนนปรับพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sekffe-Krenkd (2000) ทำการศึกษาระยะยาวเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความแตกต่าง ของประเภทความเครียด รูปแบบการเผชิญปัญหาและอาการทางร่างกาย ในหมู่วัยรุ่นและแม่ของ พวกเขาจำนวน 94 คน ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต กับความเครียด ในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ขณะที่ประเภทความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการทางร่างกาย ของวัยรุ่น นอกจากนี้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีปัญหา และหลีกเลี่ยงปัญหา สามารถเป็นตัว ทำนายอาการทางร่างกายวัยรุ่นได้ ยิ่งไปกว่านั้น การมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม นำไปสู่การ ถอยหนีปัญหา

Watson and Dodd (1984) เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ใช้การสร้างทักษะการติดต่อสัมพันธ์โดยการให้ คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ กลุ่มที่ 2 ใช้การฝึกทักษะ โดยเฉพาะควบคู่ไปกับการ กำจัดความรู้สึกอ่อนไหวอย่างเป็นระบบและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและกลุ่มที่ 3 ทำการ

ฝึกทักษะเพียงอย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม สามารถลดความวิตกกังวลในการติดต่อสัมพันธ์และการพูดในที่สาธารณะได้ และพบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มนั้น สามารถลดความวิตกกังวลได้ไม่แตกต่างกัน

กรอบ แนวคิดการให้คำปรึกษากลุ่มแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา

ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนแนวคิด ในการเผชิญปัญหาของ ของ Lazarus & Folkman (1984) ใช้เครื่องมือวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1987) และแนวทางในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของ Mahler (1969) การดำเนินการกลุ่มเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม ขั้นการดำเนินงาน และขั้นยุติการให้คำปรึกษา นำมาผสมผสาน จากแนวคิดหลักการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหา ของเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น พัฒนาขึ้นเป็น โปรแกรม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เน้นให้ผู้ดูแลมีความสามารถการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มีการกำหนดปัญหา หัววิธี หรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆวิธีโดยพิจารณาผลดีผลเสียแล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสมเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุมปรับอารมณ์ความรู้สึกของตน มุ่งลดความไม่สบายใจเมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ เป็นการรักษาสมดุลทางจิตใจ เน้นให้ผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์อย่างรู้สำนึกตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เอื้อให้เกิดการปรับตัวได้ โดยผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาของกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) พัฒนาจากแนวคิดของ Mahler (1969)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกับผู้ดูแลและระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง รวมทั้งสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจต่อกัน โดยเน้นสาระของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะกลุ่ม เป็นการทบทวนและปรับความคิดในการเผชิญปัญหา การสร้างจุดมุ่งหมายกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกัน ให้ผู้ดูแลเปิดเผยเรื่องราวของตนเองเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักว่าในตนเองมากขึ้น โดยเน้นสาระของวิธีการที่จะเผชิญกับบุคคลอื่นและเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง สสำรวจตัวเอง กล้าเปิดเผยปัญหา อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและเน้นให้ผู้ดูแลในกลุ่มเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง กล้าเผชิญความจริงและเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน เป็นการฝึกการเผชิญและแก้ไขปัญหาลให้ผู้ดูแลสำรวจปัญหาที่แท้จริง ลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่กิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในขั้นนี้จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยงหรือหนีกับปัญหาโดยเน้นให้เข้าใจปัญหาของตนเอง เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหจากสมาชิกกลุ่ม อภิปรายปัญหา ร่วมกัน ร่วมกันแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง เน้นสาระเรื่องความสามารถในการเผชิญปัญหากับสิ่งที่เกิดขึ้น กล้าเผชิญความจริง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการแก้ไขและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา เป็นการฝึกการเผชิญปัญหา สรุปและยุติกลุ่ม ให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน เป็นตัวของตัวเอง รู้จักวิธีการแก้ไขปัญห นำความคิดและประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลโดยเน้นสาระของการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งหาแนวทางในการเผชิญปัญหาของตนที่เหมาะสม สามารถเป็นของตัวเอง พึ่งพาตนเองได้ "ไม่รู้สึกลึกลับหรือหวาดกลัวที่แก้ไขปัญหไม่ได้ และต้องแยกจาก

ความสามารถในการเผชิญปัญหา (Coping Ability) ตามแนวคิดของ Jalowice (1987)

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา
2. การมองเหตุการณ์ในแง่ดี
3. การแก้ไขอารมณ์ตั้งเครียด
4. การบรรเทาอารมณ์ตั้งเครียด
5. การใช้การประคับประคอง
6. การพึ่งพาตนเอง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O_1	X	O_2
O_3		O_4

O_1 หมายถึง การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

O_2 หมายถึง การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

O_3 หมายถึง การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O_4 หมายถึง การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้แผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง เลือกตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และจากการใช้แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา มีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระดับพอใช้ และไม่ดี โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 -1.99

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีนีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ
3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
4. พูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด การมองเห็น และอ่านออกเขียนได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. ความสามารถในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับไม่ดี (คะแนนตั้งแต่ 0- 0.99) และอยู่ในระดับพอใช้ (คะแนนตั้งแต่ 1.00-1.99)

สถานที่ที่ใช้ในการคัดกรองประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา คือ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 15 แห่ง ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา สำหรับผู้ดูแลมีคะแนนเกินกว่า 1.99 ขึ้นไป แสดงว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดี ผู้วิจัยให้สุขภาพจิตศึกษาเบื้องต้นส่งต่อข้อมูลของผู้ดูแลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบ และดำเนินการให้การดูแลต่อไปและถ้ามีคะแนนในช่วง 0-1.99 แต่ไม่เข้าเกณฑ์ข้ออื่นผู้วิจัยให้คำปรึกษารายบุคคลและส่งต่อให้พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อไป โดยมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เข้าเกณฑ์จำนวน 17 คน และจากการคัดกรองมีผู้ที่มีคะแนนเกิน 1.99 จำนวน 4 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Cochran & Cox, 1992; Tabachnick & Fidell, 1996; Machin et al., 1997) (ดังในภาคผนวก จ) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยของ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลอง จากการศึกษาของ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) เรื่องผลของการใช้โปรแกรม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ ทำการทำวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ และสาธารณสุขอำเภอตาพระยา เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยในเขตอำเภอตาพระยา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอตาพระยาไป

รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการปกติทางโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์จะส่งต่อผู้ป่วยมาที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยาเพื่อรับยาแบบยาใจใกล้บ้าน โดยทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยาจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเภทและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 15 แห่ง เพื่อดูแลและติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวนผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอตาพระยา ทั้งหมด 162 คน ผู้ดูแลทั้งหมดที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ จำนวน 148 คน โดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. หากพบว่ามีความสอดคล้องตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ สำหรับผู้ดูแลที่เข้าร่วมโครงการทั้งที่ผ่านการคัดกรองและไม่ผ่านการคัดกรอง หรือผ่านการคัดกรองแต่จับคู่ไม่ได้ การเดินทางจะมีรถรับ - ส่ง มาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Mann, 2001) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้วิจัยจึงจับคู่ ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น น้อยกว่า 1 ปี 1-5 ปี 6-10 ปี 11-15 ปี และมากกว่า 15 ปีขึ้นไป อายุผู้ดูแลโดยแบ่งเป็น 20-35 ปี 36-54 ปี และ 55-59 และเพศโดยแบ่งเป็น เพศชาย เพศหญิง เนื่องจากตัวแปรทั้ง 3 มีผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา (Bull, 1990)

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการจนครบกลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมิน ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 1 ชุด คือ แบบวัดความรู้ในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

ชุดที่ 1. เครื่องมือ ที่ใช้ในการ ทดลอง คือ แผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ตามแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1984) และแนวคิดการให้คำปรึกษาของ Mahler (1976) โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1984) และแนวคิดการให้คำปรึกษาของ Mahler (1976) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญปัญหา

2. กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมตามแนวคิดการให้คำปรึกษาของ Mahler (1976) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3. สร้างแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้ คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

รูปแบบการดำเนินการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกัน และกัน
2. เปิดเผยความรู้สึกต่างๆ ต่อสมาชิกในกลุ่ม
3. ประชุมปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อกัน
4. สรุปบรรยายประเด็นสำคัญ

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นเป็นรูปแบบการให้การพยาบาลแก่บุคคลเป็นรายกลุ่ม โดยการพบสมาชิกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1½ – 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ โดยมีกระบวนการดังนี้คือ

1) การเริ่มต้นการสนทนา สิ่งที่ต้องปฏิบัติทุกครั้งคือ

1.1) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกกลุ่ม เกี่ยวกับลักษณะกลุ่มโดยทั่วไป เช่น เพศ อายุ รายได้ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจมักจะพูดคุยปรึกษากับใคร จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.2) สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่ม โดยการกล่าวทักทายกับสมาชิกกลุ่ม ด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส แสดงท่าที่เป็นมิตร จริงใจ และเปิดเผย มีความสม่ำเสมอในการกระทำรวมทั้งการให้การยอมรับสมาชิกกลุ่ม

1.3) เลือกสถานที่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม โดยเป็นสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงภายนอกรบกวน แสงสว่างพอเหมาะ และบรรยากาศอบอุ่น ปลอดภัย

2) ปฏิบัติตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลดังนี้คือ

2.1) การให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 1

2.1.1) ขั้นตอนการก่อตั้งกลุ่ม คือ การแนะนำตัวการชี้แจงวัตถุประสงค์โดยรวมของการให้คำปรึกษาทั้ง 4 ครั้ง โดยเน้นสาระของการสร้างสัมพันธ์ภาพ และบรรยากาศที่ทำให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ทำความรู้จักกันด้วยกิจกรรมการแนะนำตนเองด้วยใบงาน “ฉันคือใคร”

2.1.2) ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม คือ สร้างจุดมุ่งหมายของกลุ่มร่วมกัน ทำความรู้จักกันเพิ่มมากขึ้น โดยการแนะนำตนเองจากใบงาน “ฉันคือใคร” อภิปรายถึงเหตุผลในการเขียนข้อความ นั้น ๆ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากตัวเองอย่างไร ซึ่งถือว่าเป็นการเปิดเผยเรื่องราวของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น เน้นให้ทุกคนสำรวจตนเอง สาระของการเผชิญปัญหา เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง กล้าเปิดเผยอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง

2.1.3) ขั้นการดำเนินงาน คือ โดยเน้นสาระให้สมาชิกเข้าใจถึงกระบวนการเผชิญปัญหาที่ประสบด้วย สถานการณ์หรือสิ่งเร้า การประเมินสถานการณ์ และการเผชิญปัญหา อภิปรายร่วมกัน การประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ เน้นให้สมาชิกประเมินสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ที่เป็นสถานการณ์ที่ทำนาย ตนสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ก่อให้เกิดความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีชีวิตชีวา

2.1.4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา คือ ให้สมาชิกเข้าใจถึงกระบวนการเผชิญปัญหาอย่างชัดเจน รู้จักวิธีประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ โดยเฉพาะการประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าที่เป็นสิ่งทำนาย เราสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ นำความคิดและประสบการณ์ที่ได้รับไปทดลองใช้ในชีวิตจริง ติดตามประเมินผล

2.2) การให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 2

2.2.1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม คือ ทบทวนถึงเนื้อหา กระบวนการในการประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ อภิปรายถึงผลการนำความคิดและประสบการณ์ เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิไปทดลองใช้ ว่าได้ผลอย่างไร สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงผลดีผลเสียที่ได้รับ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 2

2.2.2) ขั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่ม คือ การให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการประเมินสถานการณ์ขั้นทุติยภูมิ การประเมินซ้ำ และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์

2.2.3) **ขั้นการดำเนินงาน** คือ การจัดให้สมาชิกได้ทำการสำรวจตนเองถึงวิธีการประเมินสถานการณ์ขั้นทุติยภูมิ โดยตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่จะช่วยแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยตรงให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยเป็นการประเมินสถานการณ์แบบมุ่งแก้ที่ปัญหา หรือมุ่งแก้ที่อารมณ์ สมาชิกอภิปรายถึงแนวทางในการเผชิญปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเน้นสาระที่จะเผชิญแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา มากกว่าอารมณ์

2.2.4) **ขั้นยุติการให้คำปรึกษา** คือ สรุปและประเมินความเข้าใจของสมาชิกถึงวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา และอารมณ์ โดยเน้นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหาและอารมณ์ โดยเน้นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา เพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขโดยตรง กระตุ้นให้สมาชิกรับความคิด และประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินขั้นทุติยภูมิไปทดลองใช้ในชีวิตจริงและนำผลกลับมาอภิปรายร่วมกันในครั้งหน้า

2.3) การให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 3

2.3.1) **ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม** คือ ทบทวนถึงเนื้อหา กระบวนการในการประเมินสถานการณ์ขั้นทุติยภูมิ อภิปรายถึงผลการนำความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ขั้นทุติยภูมิไปทดลองใช้ ว่าได้ผลอย่างไร สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงผลดีผลเสียที่ได้รับ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 3

2.3.2) **ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม** คือ การจัดให้สมาชิกได้อภิปรายถึงวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล พิจารณาถึงผลดี ผลเสียที่ตามมา รับรู้ถึงปัญหาและความต้องการของตนเองและวางแผนแก้ไข โดยการใช้แหล่งทรัพยากรภายนอกตัวบุคคลที่มีอยู่

2.3.3) **ขั้นการดำเนินงาน** คือ การจัดให้สมาชิกได้เข้าใจถึงแหล่งทรัพยากรภายนอกตัวบุคคล โดยเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับข้อมูลต่าง ๆ ได้รับคำแนะนำช่วยเหลือทางข้อมูลย้อนกลับ การสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การให้ความไว้วางใจ จัดให้สมาชิกวางแผนการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้

2.3.4) **ขั้นยุติการให้คำปรึกษา** คือ สรุปผลและประเมินความเข้าใจของสมาชิกถึงวิธีเผชิญปัญหา แหล่งทรัพยากรนอกตัวบุคคล เพื่อให้ปัญหาได้รับการแก้ไขโดยตรง ให้สมาชิกรับแผนที่กำหนดไว้ ไปทดลองใช้ปฏิบัติในชีวิตจริงและนำผลมาอภิปรายร่วมกันในครั้งหน้า ทบทวนเอกสารความรู้ที่ได้รับ

2.4) การให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 4

2.4.1) **ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม** คือ ทบทวนถึงเนื้อหา การแสวงหาแหล่งทรัพยากรภายนอกตัวบุคคล โดยเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคม อภิปรายผลการนำแผนการ

แสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้ ว่าได้ผลอย่างไร สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงผลดี ผลเสียที่ได้รับ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษากลุ่มครั้งที่ 4

2.4.2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม คือ การจัดให้สมาชิกกลุ่มทำความเข้าใจถึงแหล่งทรัพยากรภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพ สุขภาพและพลังงาน ความเชื่อในทางบวก ทักษะในการแก้ปัญหา และทักษะทางสังคม การสื่อสาร ความคุณค่าในตนเอง

2.4.3) ขั้นการดำเนินงาน คือ การจัดสมาชิกกลุ่มได้อภิปรายถึงประสบการณ์ในการนำทรัพยากรภายในตัวบุคคลไปใช้ในการเผชิญปัญหา และพิจารณาถึงผลดี ผลเสีย ที่ก่อให้เกิดปัญหาในปัจจุบันร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาโดยบูรณาการความรู้ที่ได้ทั้งหมดเริ่มตั้งแต่กระบวนการในการเผชิญปัญหา การประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ การประเมินซ้ำ การใช้แหล่งทรัพยากรภายนอกและภายในตัวบุคคลมาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา คือ สรุปและทบทวนเนื้อหาทั้งหมดที่ได้รับ และประเมินความรู้และประสบการณ์ที่สมาชิกได้รับตั้งแต่การให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4

4. จัดทำคู่มือสำหรับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัย ตำราทางวิชาการ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) การรับปรึกษา 3) การติดตามการรักษา

5. จัดทำรูปแบบการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยกำหนดขั้นตอน ของกิจกรรมตามลำดับ โดยมีรูปแบบในการดำเนินกิจกรรม สร้างสื่อและอุปกรณ์ ที่จะใช้ในการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ต่าง ๆ ที่จะใช้ในกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่ประกอบด้วยขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรม และคู่มือสำหรับผู้ดูแล ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ในการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการลำดับเนื้อหา การใช้เวลาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้คำปรึกษามาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตาม

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยยึดหลักความสอดคล้อง
ระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยมีประเด็นข้อเสนอแนะดังนี้

แผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

1. รูปแบบกิจกรรมเหมาะสม
2. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม โดยดำเนินการครั้งละ 45 นาที ให้เพิ่มเวลาเป็น กิจกรรมละ 1½ – 2 ชั่วโมง
3. ขั้นตอนที่ 1 ให้ใช้วัตถุประสงค์ในตาราง เพิ่มเนื้อหาในกิจกรรม “ นั่นคือใคร ”
4. ขั้นตอนที่ 2 เพิ่มกิจกรรมการฝึกปฏิบัติเทคนิคการปรับความคิดในการเผชิญปัญหา เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ข้อ 4
5. เพิ่มกรณีศึกษา
6. ขั้นตอนที่ 3 วัตถุประสงค์ให้ประเมินตามข้อมูลในตารางการให้คำปรึกษา
7. ตารางการกำหนดเป้าหมายแก้ปัญหาด้วยตนเอง ระบุให้ชัดเจน
8. ขั้นตอนที่ 4 วัตถุประสงค์ให้ประเมินตามข้อมูลในตารางการให้คำปรึกษา
9. การเขียนกิจกรรมควรระบุให้ชัดเจน ว่าใครทำอะไร อย่างไร ควรเขียนเป็นรูปธรรมสามารถนำไปใช้ได้

10. ในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง บทบาทสมาชิก ญาติ มักจะพุดน้อย ควรสร้างบรรยากาศให้การให้ข้อมูลควรเจาะจงเฉพาะเจาะจงเป็นประเด็นๆ ให้ชัด

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอคลองหาด จำนวน 5 คน โดยทดลองใช้แผนกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ทั้ง 4 ครั้ง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของแผนการทำกิจกรรม ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาอุปสรรคต่างๆ ผลการนำแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไปทดลองใช้ พบว่าผู้ดูแลสามารถเข้าใจในกิจกรรมแต่ละครั้ง แต่ผู้นำกลุ่มต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้นและบางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ พร้อมทั้งผู้นำกลุ่มต้องใช้เทคนิคการกระตุ้นสมาชิกกลุ่มในช่วงแรก ๆ มากเพราะสมาชิกไม่กล้าแสดงความคิดเห็น และในแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มต้องเชื่อมโยงเข้ากับเรื่องการเผชิญปัญหา ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มไม่มีอุปสรรคใช้ระยะเวลาในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที

ชุดที่ 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก เครื่องมือวัดพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา Jalowice coping scale (JCS) ของ Jalowice and Others (1984) จำนวน 60 ข้อ (Jalowiec, 1989 cited in Downe-Wamboldt and Melansan, 1995) แบบวัดชุดนี้แบ่งเป็น 8 รูปแบบ (Jalowiec and Other, 1987 cited in Guo Guifang, 1996, Downe-Wamboldt and Melansan, 1995) คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การหนีปัญหา 3) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 4) การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย 5) การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด 6) การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด 7) การใช้การประคับประคอง และ 8) การพึ่งพาตนเอง โดยแบบวัดนี้ได้นำไปทดสอบหาความเที่ยงได้ 0.88-0.94 และนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ต่อมา จารูวรรณ จินดามงคล (2541) สร้างแบบวัดความสามารถในการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยดัดแปลงจากแบบวัดของ Jalowice coping scale (Jalowic, 1987) โดยมีคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 3) การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด 4) การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด 5) การใช้การประคับประคอง และ 6) การพึ่งพาตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .90 ต่อมา เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2547) ได้ดัดแปลงโดยเพิ่มข้อคำถาม 2 ข้อ และปรับคำให้เหมาะสมกับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบทั้งหมด 4 ข้อ รวมจำนวน 42 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .90 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2547) มาใช้ และได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับการวิจัย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกัน ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 14, 32, 35 และได้ปรับคะแนนจาก ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน และปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน เป็น ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้ง 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งแบบวัดนี้ประกอบไปด้วยความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน รวม 40 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด จำนวน 4 ข้อ หมายถึง การปลดปล่อยอารมณ์ ลดความดึงเครียดของอารมณ์ ระบายความรู้สึกที่มีปัญหา หรือระบายความดึงเครียดกับผู้อื่น
2. การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด จำนวน 6 ข้อ หมายถึง การพยายามลด หรือควบคุมความทุกข์ ทำให้รู้สึกดีขึ้น
3. การใช้การประคับประคอง จำนวน 5 ข้อ หมายถึง การใช้ระบบประคับประคอง เช่น การพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว หรือเพื่อน
4. การพึ่งพาตนเอง จำนวน 7 ข้อ หมายถึง การกระทำการสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง

5. การเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 10 ข้อ หมายถึง การพยายามแก้ไขปัญหาเผชิญหน้ากับสถานการณ์ หันหน้าเข้าหาปัญหา หาข้อมูล และพยายามแก้ไขปัญหา

6. การมองเหตุการณ์ในแง่ดี จำนวน 8 ข้อ หมายถึง การใช้ความคิดในทางที่ดี มองในแง่ดี พยายามมองหาในแง่บวกที่ดีของสถานการณ์ หรือ การใช้อารมณ์ขัน ทำให้อารมณ์ดี

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน

ปฏิบัติหลายๆครั้ง 1 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน

ข้อคำถามที่เป็นด้านลบ ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 14, 32, 35 ดังนั้น มาตราประมาณค่า 4 ระดับดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ 3 คะแนน

ปฏิบัติหลายๆครั้ง 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง 0 คะแนน

ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับ

ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด ให้ 3

คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับ

ความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่ ให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติหลายๆครั้ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับ

ความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่ ให้ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับ

ความคิดเห็นของท่านเลย ให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถการเผชิญปัญหา ค่าเฉลี่ยของคะแนน จะแสดงถึง ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Jalowice (1987) ดังนี้
ระดับคะแนน 0 -0.99 หมายถึง ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่มีดี

ระดับคะแนน 1.00 -1.99 หมายถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาพอใช้

ระดับคะแนน 2.00 -3.00 หมายถึง ความสามารถในการเผชิญปัญหาดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการทดลอง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และ พยาบาล ด้านสุขภาพจิตและ จิตเวช 2 ท่าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนเล็กน้อย 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม (Polit and Beck, 2004: 423)

$$CVI = \frac{\text{จำนวน ข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวน ข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมเท่ากับ .95 โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อ 1 กังวลถึงปัญหานั้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้ ปรับเป็น เมื่อมีปัญหาท่านจะกังวลถึงปัญหานั้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้

ข้อ 5 เมื่อเกิดปัญหาอะไรก็ตามมักจะกำหนดตนเอง ปรับเป็น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักคิดว่า เป็นความผิดของตนเอง

ข้อ 8 ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ปรับเป็น ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ การนวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ข้อ 9 เมื่อเครียดท่านจะพยายามเบนความสนใจด้วยการทำกิจกรรมอื่นๆ ปรับเป็น เมื่อเครียดท่านจะผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมอื่น

ข้อ 11 เมื่อเครียดท่านจะพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ปรับเป็น พูดคุยปรึกษาปัญหา กับคนในครอบครัวหรือเพื่อน

ข้อ 13 ปรึกษาปัญหากับผู้ที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน และนำกลับมาแก้ไขปัญหาของตนได้ ปรับเป็นการพูดคุยกับคนที่มีปัญหาล้ายตัวเราทำให้น่าขบคิดเห็นมาใช้กับตนเองได้

ข้อ 15 คืมเครื่องคืมประเภทแอลกอฮอล์ ปรับเป็น คืมเครื่องคืมที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์

ข้อ 19 คิดถึงวิธีที่เคยใช้ในการจัดการกับปัญหา ปรับเป็น ท่านคิดถึงวิธีที่เคยใช้ในการ จัดการกับปัญหาในอดีตได้สำเร็จ

ข้อ 21 ปรับปรุงวิธีแก้ปัญหของตนเอง เพื่อที่จะจัดการกับปัญหา ปรับเป็น ปรับปรุงวิธีการ แก้ปัญหของตนเองเพื่อพยายามจัดการกับปัญหา

ข้อ 28 กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเฉพาะเรื่อง ปรับเป็น กำหนดแนวทางการแก้ปัญหา เฉพาะเรื่อง

ข้อ 37 ใ้ช้คลายเครียดช่วยเมื่อเกิดปัญหาขึ้น ปรับเป็น รับประทานยาคลายเครียดทันทีที่ เกิดปัญหา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการ เคารพปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไป คำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ . 91

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบวัดความรู้ในการเผชิญปัญหา เป็นแบบวัดของ ปาริชาติ กิจคุณธรรม (2547) ที่สร้างขึ้น ใช้หลักการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman (1984) และ Jalowice (Jalowice Coping Scale, 1987) โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลง และปรับให้ตรงกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 6, 8, 11, 12, 14, 18, 20 ข้อคำถามด้านบวก 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูกและผิด

เกณฑ์การให้คะแนน หากตอบถูกให้ 1 คะแนน หากตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนความรู้ในการเผชิญปัญหา มีค่าในช่วง 0-20 คะแนน การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนความรู้ในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ต้องมีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเผชิญปัญหาบรรลุตามวัตถุประสงค์ ถ้าหากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะร่วมกันทบทวนประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอีกครั้ง แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง กระทำเช่นนี้จนกระทั่งกลุ่มทดลองผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ มากกว่าร้อยละ 80

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคน ทั้ง 20 คน ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ มีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา มากกว่าร้อยละ 80

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เรื่องความสามารถในการเผชิญปัญหา ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความตรงของโครงสร้าง ความถูกต้อง ชัดเจน คลอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVD) ได้เท่ากับ .95 จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อ 8 ปัญหาที่มนุษย์แก้ไขได้ยาก เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปรับเป็น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก

ข้อ 10 เมื่อเกิดปัญหากับท่าน ท่านควรเผชิญกับปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหา ปรับเป็น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านควรเผชิญกับปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหา

ข้อ 14 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทำให้ร่างกายเหน็ดเหนื่อยและมีความเครียดเพิ่มขึ้นให้ตัด เพื่อสุขภาพออก

ข้อ 18 เมื่อเกิดความไม่สบายใจ วิดกกังวล ควรเก็บตัวไม่ต้องพูดคุยกับใคร ปรับเป็นเมื่อเกิดความไม่สบายใจ วิดกกังวล ควรอยู่ตามลำพังไม่ต้องพูดคุยกับใคร

ข้อ 20 การสื่อสารให้เข้าใจกันทั้งสองฝ่ายในทางบวกถือว่าเป็นการมากความ เสียเวลา ปรับ เป็น การสื่อสารทางบวกเพื่อให้เกิดความเข้าใจกันถือว่าเป็นการมากความและทำให้เสียเวลา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบ ประเมิน ความรู้ในการเผชิญ ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารายงาน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหา ความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้คู่มือวิธีหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ระยะเตรียมการก่อน การทดลอง 2) ระยะดำเนินการทดลอง 3) ระยะหลังการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง สาธารณสุขอำเภอตาพระยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตจัดทำโครงการ ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอตาพระยา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานสุขภาพจิต อำเภอตาพระยา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ รายละเอียด ที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลา เครื่องมือที่ใช้ในโครงการและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสำรวจข้อมูลรายชื่อ รายละเอียดการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การเตรียมตัวของ ผู้วิจัย ผู้วิจัย ได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในเรื่องการให้ คำปรึกษา โดยผู้วิจัยได้ทำการฝึกทักษะในการให้ คำปรึกษา แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ที่ โรงพยาบาลจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 1 เดือน ภายใต้วามดูแลของ APN ดิกราดรี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนิน ไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและ ครบคลุม

3. การเตรียมตัวของผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัย ได้ขอพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อแนะนำตนเอง สร้าง สัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย และบทบาทของ ผู้ช่วยผู้วิจัยแก่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยซึ่ง มีคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชชุมชน มีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ ดังนี้ ทำ หน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในระหว่างการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และจัดบันทึกในการทำกลุ่ม โดย ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดและขั้นตอนการทำวิจัย รายละเอียด เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ

วัด รวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน และผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินผู้ดูแลในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง หลังจากชี้แจงรายละเอียดแล้ว ได้กำหนดวันเวลาเพื่อดำเนินการวิจัยต่อไป

4. ประสานเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอาศัยอยู่ไป

พบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ที่ใช้ดำเนินโครงการ

5. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและพูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างและจับฉลากเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

6. หลังได้รับความยินยอมจากผู้ดูแล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหา (Pre-test)

7. ผู้วิจัยนัดเวลาในการเข้าร่วมกลุ่มให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา ตามที่พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้มีขึ้น

กลุ่มทดลอง ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมในผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 1½ – 2 ชั่วโมง โดยใช้เวลาในช่วงวันจันทร์และวันพุธ คือ เวลา 9.00–11.00 น. และ 13.00–15.00 น. ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเอง โดยเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

การให้การปรึกษากลุ่มครั้งที่ 1 (วันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 1)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง รวมทั้งเป็นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้เกิดความคุ้นเคย และความไว้วางใจ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
3. เพื่อสร้างบรรยากาศ ความเป็นกันเอง ความคุ้นเคย ความไว้วางใจ การยอมรับ การกล้าแสดงความรู้สึก เปิดเผยตนเองของสมาชิกกลุ่ม

4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ไม่มั่นใจ หรือขัดขวางการดำเนินชีวิตแบบปกติ และสามารถประเมินสถานการณ์ในขั้นต้นได้ว่า เป็นสิ่งที่ท้าทาย คาดคะเนผลของเหตุการณ์ในทางบวก

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มจัดให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม เพื่อให้สามารถเห็นหน้ากันได้ทุกคน
2. ผู้นำกลุ่ม แนะนำตัวและ กล่าวเปิดกลุ่มโดยการทักทายสมาชิก อธิบายจุดมุ่งหมาย ขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการ ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มทำใบงานที่ 1 “ฉันคือใคร”และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเองจากใบงานที่ 1 เช่น

“ข้าพเจ้า.....ชื่อเล่น.....อายุ 38 ปี อาชีพ ทำนา ทำไร่ มีแฟนและมีลูก ชอบสีคำ ชอบรับประทานส้มตำ ไม่ชอบคนบ่น คำ ขี้โกง เอาเปรียบ ไม่จริงจัง ความสามารถร้องเพลงได้ ”

“ชื่อ.....ชื่อเล่น.....อายุ 47 ปี บ้านอยู่สองพี่น้อง ชอบสีขาว ชอบทำนา พุดเก่ง รักครอบครัว ”

“นาย.....ชื่อเล่น.....อายุ 55 ปี อยู่ บ้านไทยสามัคคี ชอบสีม่วง ไม่ชอบอยู่คนเดียว ชอบทุกอย่างรักทุกอย่างที่เป็นของเราเอง ”

3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรม การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามใบความรู้ที่ 1 รวมทั้งกติกา และระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้ากลุ่ม ให้สมาชิกเข้าใจ ยอมรับเหตุผล วิธีการ และแนวทางของโปรแกรมการ ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และเปิดโอกาสให้ซักถาม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก “ใครเคยมีความเครียดบ้าง” และถามผู้ที่ตอบว่าเคยด้วยคำถาม “เมื่อมีความเครียดคุณเป็นอย่างไรบ้าง”เขียนคำตอบที่ได้ลงในกระดาษ

2. ผู้นำกลุ่มแจกแบบประเมินความเครียดให้สมาชิกทุกคนประเมินตนเอง ใบงานที่ 2

3. ผู้นำกลุ่มอธิบายวิธีการคิดคะแนนและการแปลความหมายของคะแนนตามใบความรู้ที่ 2

4. ผู้นำกลุ่มสุ่มถามสมาชิก “เมื่อรู้ว่าตนเองเครียด แต่ละคนมีวิธียคลายเครียดอย่างไร”

5. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ได้และอธิบายเกี่ยวกับความเครียดตามใบความรู้ที่ 3

6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกฝึกปฏิบัติทักษะผ่อนคลายความเครียด ตามใบกิจกรรม 1-3

7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่ม แบ่งกลุ่มย่อย 5 คน ให้แต่ละกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ ประโยคในตารางว่าเป็นประโยคที่ก่อให้เกิดความเครียดและให้ช่วยกันแต่งประโยคนั้นใหม่ ที่แสดงถึงความไม่เครียด ตามใบกิจกรรมที่ 4 ดังนี้

“ฉันนี่แย่จัง” ประโยคที่แก้ไข “ฉันทำได้ดีแล้ว”

“ฉันไม่ได้เรื่อง” ประโยคที่แก้ไข “ฉันทำดีที่สุดแล้ว”

“ฉันท้อแท้ใจ” ประโยคที่แก้ไข “ฉันต้องทำได้”

“ไม่มีใครรักฉันเลย” ประโยคที่แก้ไข “ฉันยังมีพ่อแม่และครอบครัวที่รออยู่”

ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอกลุ่มใหญ่

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก แต่ละคนว่า "ประสบการณ์ของคุณเคยเกิดเรื่องราวที่กระทบกระเทือน หรือไม่สบายใจ ยากลำบากที่จะควบคุมหรือที่มีผลขัดขวางการดำเนินชีวิตแบบปกติหรือไม่ และคุณประเมินสถานการณ์นั้นๆ ว่าอย่างไร"

2. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกถึงเรื่องราวเหล่านั้น โดยที่ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มกล้าที่จะเล่าเรื่องราวเหล่านั้นให้สมาชิกฟัง และร่วมกันอภิปรายถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด และแนวทางการประเมินสถานการณ์ที่แตกต่างกันนั้นว่ามีผลกระทบต่อตัวเรามากแค่ไหน อย่างไร และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนยุติการให้คำปรึกษา

1. ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมและนัดหมายกับผู้ดูแลในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1

1. ในช่วงแรกของการดำเนินกิจกรรมผู้ดูแลยังไม่คุ้นเคย การดำเนินกิจกรรมของกลุ่มค่อนข้างเงียบ สมาชิกกลุ่มไม่กล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็นมากนัก หลังจากได้มีการแนะนำตัว และพูดคุยในเรื่องต่างๆไป ทุกคนเริ่มมีอาการผ่อนคลายมากขึ้น เริ่มมีการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มสมาชิกในกลุ่มเข้าใจ ขอมรับเหตุผล วิธีการ แนวทางของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และแสดงความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. จากการตอบคำถามของผู้ดูแล ผู้ดูแลให้ความสนใจในการตอบคำถามร่วมกับเพื่อนในกลุ่ม สามารถบอกได้ว่าตนเคยมีความเครียดและแสดงออกอย่างไรบ้าง และสาเหตุเกิดจากอะไร ซึ่งสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์ว่าเป็น การเผชิญปัญหาที่ถูกต้องหรือไม่ และเมื่อมีสมาชิกกลุ่มแสดงถึงการเผชิญปัญหา ไม่ถูกต้อง เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันช่วยอธิบายให้เพื่อนฟังกันเองว่าควรเป็นอย่างไรถึงจะเหมาะสม เช่น “เวลาเครียด มักจะดื่มเหล้า” สมาชิกในกลุ่มร่วมกันบอกว่าเป็นการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้อง ควรหากิจกรรมอื่นๆทำ เช่น การดูทีวี ไปด้วยธรรมชาติ

การให้การปรึกษากลุ่มครั้งที่ 2 (วันพุธของสัปดาห์ที่ 2)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกคุ้นเคยและไว้วางใจระหว่างกันและกันมากขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ในขั้นที่ 2 และการประเมินซ้ำ
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถประเมินสถานการณ์ในขั้นที่ 2 และประเมินซ้ำได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสามารถเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาด้วยเหตุผลมากกว่าอารมณ์
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและยอมรับปัญหา ทั้งของตนเองและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และเลือกใช้การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่ม กล่าวทักทายสมาชิกเรื่องทั่วไป และกระตุ้นให้ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 เกี่ยวกับชื่อกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ระเบียบการเข้ากลุ่ม จำนวนครั้งและความคาดหวังของสมาชิกในการร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม

1. จากกรณีตัวอย่าง “อารมณ์ของเอก” ผู้นำกลุ่มขอตัวแทนผู้ดูแลอ่านใบงานสถานการณ์อารมณ์ของเอก
2. ผู้นำกลุ่มแบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่ม แจกใบกิจกรรมที่ 1 ให้แต่ละกลุ่มช่วยกันอภิปรายและหาทางออกให้กับเอกโดยคำนึงถึงเอกในสถานการณ์ต่างที่กำหนดไว้ในใบกิจกรรมที่ 1 และให้ผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์ว่า เอกมีความรู้สึกอย่างไร ถ้าเอกแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีผลดีผลเสียอย่างไร ถ้าเอกไม่แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะมีผลดี ผลเสียอย่างไร เอกควบคุมอารมณ์ด้วยวิธี อะไร และเมื่อเอกควบคุมอารมณ์ตนเองได้เอกรู้สึก
3. ผู้นำกลุ่มให้ตัวแทนของสมาชิกในแต่ละกลุ่ม ออกมานำเสนอความคิดเห็นที่สมาชิกในกลุ่มของตนได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น ตัวแทนของสมาชิกทั้งสองกลุ่มแสดงความคิดเห็นคล้ายๆกันหลายอย่าง ว่า “เอกมีความรู้สึกอายนะและโกรธอาจารย์”
 - “ถ้าเอกแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะไม่เกิดผลดีและมีผลเสียอาจารย์จะยิ่งโกรธมากไปกว่านี้”
 - “ถ้าเอกไม่แสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะมีผลดีอาจารย์หยุดโกรธ เพื่อนเห็นใจ ผลเสียไม่มี”
 - “เอกควบคุมอารมณ์ด้วยวิธี นับ 1-10 ในใจ”
 - “เมื่อเอกควบคุมอารมณ์ตนเองได้เอกรู้สึก ดีกับตัวเอง ภูมิใจในตัวเองที่ควบคุมอารมณ์ได้”

4. ผู้นำกลุ่มร่วมกันกับผู้ดูแลอภิปรายความเห็นกับสมาชิกในกลุ่มว่า ถ้าหากเป็นเอกจะทำอย่างไร และจะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างไร พร้อมทั้งแสดงเหตุผล สมาชิกบอกว่า “ถ้าหากเป็นเอกจะเข้าไปคุยกับ อาจารย์ อธิบายเหตุผลและความจำเป็นให้ อาจารย์ ฟัง ตอนเย็นหรือหลังจากหมดคาบเรียน

5. ผู้นำกลุ่มแจกใบกิจกรรมที่ 2 ให้แต่ละคนอภิปรายและหาทางออกให้กับตนเองโดยคำนึงถึงสถานการณ์การจัดการกับอารมณ์ที่กำหนดไว้ในใบกิจกรรมที่ 2

6. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่า ถ้าเผชิญเหตุการณ์ข้างต้นท่านจะรู้สึกอย่างไร ถ้าท่านแสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้นออกมา มีผลดี ผลเสียอย่างไร ท่านจะควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นด้วยวิธี อะไร และ เมื่อท่านควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ท่านจะ รู้สึกอย่างไร และร่วมกันวิเคราะห์ว่าแสดงความคิดเห็นเหมาะสมหรือไม่ ผู้ดูแลเสนอวิธีในการควบคุมความโกรธที่เคยใช้ ว่าเคย นับในใจ นับ 1-10ในใจ และเดินหนี หรือนั่งไว้ห้ามโต้ตอบ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ สมาชิก ทุกคนอภิปรายถึงประสบการณ์ในการประเมินสถานการณ์ในเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากหรือลำบากใจ ที่มาขัดขวางการดำเนินชีวิตปกติอย่างอิสระ โดยที่สมาชิกทุกคนตั้งใจฟัง และซักถามในประเด็นที่สงสัย

3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายถึงการประเมินสถานการณ์ในลักษณะต่างๆ โดยเน้นให้สมาชิก เห็นประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ในแง่บวก โดยกล่าวว่า การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความท้าทาย เป็นการคาดคะเนผลของเหตุการณ์ในทางบวก ทำให้ขวัญและกำลังใจของสมาชิกดีขึ้น ในการต่อสู้กับเหตุการณ์ หรือความเครียดเหล่านั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

1. ผู้นำกลุ่มมอบหมายให้ผู้ดูแลกลับไปฝึกบันทึกพฤติกรรม เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ความเครียด และการแก้ไขมาเป็นการบ้าน

2. ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรม และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2

1. ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ ผู้ดูแลเริ่มมีความรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น มีความกระตือรือร้นในการร่วมแสดงความคิดเห็น ทบทวนถึงกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา ว่าได้ทำอะไรไปบ้าง

2. ผู้ดูแลสามารถบอกได้ว่าเมื่อมีอาการ โกรธ จะจัดการกับอาการ โกรธอย่างไร

3. จากสถานการณ์ตัวอย่าง ผู้ดูแลสามารถแยกแยะความคิด ในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม กับไม่เหมาะสมได้ถูกต้อง สามารถบอกได้ว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของเอง คือ การเก็บอารมณ์ การผ่อนคลายให้อารมณ์เย็นลงแล้วค่อยอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นให้อาจารย์ฟัง
4. สมาชิกให้ความสนใจในการฟังเรื่องราวของสมาชิกคนอื่นรวมถึงร่วมอธิบายถึงปัญหา และให้คำแนะนำถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกคนอื่น
5. สมาชิกเริ่มเข้าใจรวมถึงสนใจในความรู้สึกและเหตุผลของสมาชิกคนอื่น ๆ ไม่รีบ ตัดสินใจโดยใช้ความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก

การให้การปรึกษากลุ่มครั้งที่ 3 (วันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 3)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบสนอง ความต้องการของตน ตามสภาพความเป็นจริง และเกิดการตระหนักรู้ ในพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ของตนเองในปัจจุบัน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา และ สมาชิกกลุ่มสามารถ เลือกใช้ทรัพยากรในการเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อส่งเสริมให้ สมาชิก กลุ่มได้เลือกใช้ทรัพยากรในการเผชิญปัญหาได้อย่างมี ประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะทรัพยากรภายนอก
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ถึงวิธีการแก้ไขปัญหาการเผชิญปัญหา โดยเลือกวิธีการที่ เหมาะสม

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มทักทายผู้ดูแลและขอคู่มือบ้าน เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความโกรธ ความเครียด และการแก้ไข ตรวจสอบวิธีการแก้ไข ปัญหาของผู้ดูแลแต่ละคน และให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ว่า เหมาะสมหรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มทบทวนประเด็นต่างๆ ที่อภิปรายในครั้งที่ 2 และให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายผล การทดลองและ การประเมินสถานการณ์ในด้านบวก

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

1. ผู้นำกลุ่ม ให้ผู้ดูแล เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหานั้นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหา ตามขั้นตอนการแก้ปัญหา เพื่อเพิ่มความมั่นใจและช่วยให้สมาชิกมีกระบวนการคิด มีเหตุผล

นำไปสู่การพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาด้วยความเข้าใจใน ข้อดี ข้อจำกัดของตน และสามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้น ตามกิจกรรมใบความรู้ที่ 1 ว่าสามารถ เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ ถูกต้องหรือไม่ ถ้าไม่ถูกต้องให้สมาชิกในกลุ่มช่วยคิดวิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง หรือวิธีการ แก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่นที่ใช้ได้ผลนำกลับมาปรับปรุงในการแก้ปัญหของตนจะช่วยให้สมาชิก มีความสามารถในการพึ่งพาตนเองมากขึ้นต่อปัญหาอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

2. ผู้นำกลุ่มฝึกการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยผู้นำกลุ่มถามสมาชิกทีละคน ว่าใครมีปัญห ะไรบ้างให้สมาชิกในกลุ่มช่วยช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตัวอย่างปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม

“ขัดแย้งกับพี่สาว(ผู้ป่วย)เป็นประจำแต่ไม่เคยไกลเกลี่ย เป็นปัญหามาตลอด”

“เวลามีปัญหากันก็จะเฉย ๆ เดินหนีไปพร้อมกับบ่น โดยไม่มีใครมาช่วยไกลเกลี่ยหรือ ตัดสิน เดียวก็ตัดสินเอง”

“เมื่อมีปัญหา ก็อยากจะให้หันหน้าคุยกันบ้าง”

“ทะเลาะกับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่กินยา”

“ส่วนใหญ่จะมีปัญหากับผู้ป่วย(ลูกสาว) และพ่อก็คอยเข้าข้างผู้ป่วย”

3. ผู้นำกลุ่มอธิบายให้ผู้ดูแลทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย และโรค และการกลับเป็นซ้ำ โดยยกตัวอย่างปัญหาที่ทำให้สมาชิกไม่สบายใจ หรือกังวลใจที่เคยบันทึกไว้ จากการบันทึกในการบ้านหรือปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นที่สมาชิกต้องการแก้ไข แล้วช่วยเหลือให้สมาชิก ฝึกการแก้ไขปัญหาตามหลักการที่ได้เรียนรู้

4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มทุกคนอภิปรายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา รวมถึงสิ่งที่ต้องแก้ไข เพื่อนำไปสู่การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยสมาชิกจะอภิปรายทีละคน สมาชิกคนอื่นๆ ตั้งใจฟัง ให้กำลังใจกันและกัน ช่วยกันหาทางแก้ไข โดยเสนอแนะวิธีการจาก ประสบการณ์ที่เคยใช้ได้ผล และความรู้ที่มีอยู่ ที่ได้รับมา

5. ผู้นำกลุ่มจะใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการอภิปราย การให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ในกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลตามความเหมาะสม ให้กำลังใจและ ยอมรับในความคิดเห็นของสมาชิกและสนับสนุนให้สมาชิกใช้แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา ด้วยตนเอง โดยไม่มีการชี้นำ และไม่เร่งรัด

6. ผู้นำกลุ่ม มอบหมายให้ผู้ดูแลกลับไปบันทึกการแก้ไขปัญหา เหตุการณ์ประจำวัน และ แนวทางการแก้ไขปัญหา โดย ให้กำลังใจและความมั่นใจกับสมาชิกว่าทุกปัญหาล้วนมีทางออก นำ ความคิดและประสบการณ์ที่ได้รับไปทดลองใช้ ติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

1. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นต่างๆที่ได้อภิปรายในครั้งนี้อย่างสั้นๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิกในการทดลองนำวิธีการต่างๆที่ได้รับจากกลุ่มไปปฏิบัติและนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3

1. เมื่อผู้นำกลุ่มเริ่มการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม และได้ขอคู่มือการบ้านที่ได้มอบหมายให้ได้มีผู้ดูแลในกลุ่ม 6 คน ได้มีการลงบันทึกพฤติกรรมลงในแบบบันทึกพฤติกรรม ส่วนคนอื่น บอกว่าไม่มีเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธ ผู้นำกลุ่มขออนุญาตนำแบบบันทึกกิจกรรมที่ได้มีการบันทึกมาอ่านให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มฟังและร่วมกันวิเคราะห์ จากทั้ง 6 ตัวอย่าง สมาชิกกลุ่มเห็นว่าสามารถแก้ไขได้เหมาะสมและร่วมกันชมเชยเพื่อน

2. สมาชิกบอกถึงการวางแผนการเผชิญปัญหาได้อย่างเป็นขั้นตอน สมาชิกสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม โดยพิจารณาการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา จากการนำแนวคิดที่ได้เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญห และผลจากการนำทางเลือกลงกล่าว ไปใช้ในการเผชิญปัญหา และผู้วิจัยสร้างสถานการณ์คำถามเพื่อประเมินทักษะการแก้ไขปัญหาคู่ดูแลสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

การให้การปรึกษากลุ่มครั้งที่ 4 (วันพุธของสัปดาห์ที่ 4)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตระหนักรู้ในตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ที่จะนำทรัพยากรภายในมาใช้ในการเผชิญปัญหาไปในทางที่เหมาะสม
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง และมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
4. เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติของสมาชิกเกี่ยวกับการนำแนวทางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมไปประยุกต์ใช้ และเพื่อให้ สมาชิกกลุ่มได้รับประสบการณ์ของความสำเร็จ แนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
5. เพื่อยุติการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

วิธีการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่ม ทักทายสมาชิกกลุ่ม และซักถามถึงความรู้สึกในการร่วมกิจกรรม และให้กำลังใจในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มขอคู่มือการบ้านที่ให้สมาชิกไปทำ เป็นการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาของตนเอง ตระหนักถึงสิ่งที่ตนรับรู้ และฝึกมองโลกในแง่ดี ตรวจสอบวิธีการแก้ไขปัญหของผู้ดูแลแต่ละคน และให้สมาชิกร่วมกันวิเคราะห์ว่าเหมาะสมหรือไม่

2. ผู้นำกลุ่มทบทวนประเด็นที่อภิปรายในครั้งที่ 3 และกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายถึงผลจากการเลือกใช้วิธีการในการแก้ปัญหา และอภิปรายถึงแนวทางที่ตนเองตัดสินใจเลือก

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน

1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 1 ให้กำลังใจแก่สมาชิก และสนับสนุนให้สมาชิกนำวิธีการต่างๆ มาใช้ในชีวิตประจำวัน

2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกอภิปรายถึงการเลือกใช้แหล่งทรัพยากรภายในและภายนอกควบคู่กัน ตัวอย่างการเลือกใช้แหล่งทรัพยากรภายในและภายนอกของผู้ดูแล

“เวลาไม่สบายใจผมจะชวนภรรยาไปที่สวนนอกบ้าน”

“อยากคุยกับพี่ชายที่สนิทกัน พี่ชายจะให้คำปรึกษา”

“ไม่สบายใจ อยากให้พี่น้องให้คำปรึกษา”

“จะคุยกับคนในหมู่บ้านที่มีปัญหาคล้ายกันกับเราจะเข้าใจ”

“ปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ท่านให้คำปรึกษาเราได้”

“มีปัญหาไม่สบายใจก็จะคุยกับภรรยา”

“สร้างเกราะให้ตัวเอง รักตัวเองให้มาก ๆ”

3. ผู้นำกลุ่ม สรุปกิจกรรมที่ผ่านมาและกระตุ้นให้ผู้ดูแล นำวิธีการฝึกการผ่อนคลาย ความเครียด วิธีการเผชิญปัญหาที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

1. ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาทั้งหมดของทุกกิจกรรมอีกครั้ง

2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายถึงประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม รวมทั้งแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อน และผู้นำกลุ่ม

3. ผู้นำกลุ่มขอความร่วมมือผู้ดูแลในการตอบแบบวัดความรู้ในการเผชิญปัญหาผลพบว่าการกลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมิน

4. ผู้นำกลุ่มนัดสมาชิกกลุ่ม เพื่อทำ post-test

สรุปการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4

1. เมื่อเริ่มทักทายผู้ดูแล และซักถามถึงกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา ผู้ดูแลสามารถบอกถึงกิจกรรมที่ผ่านมาได้ และบอกว่าครั้งนี้เป็นการพบกันเป็นครั้งสุดท้าย

2. ผู้ดูแลสามารถร่วมแสดงความคิดเห็นและ สามารถฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด วิธีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องได้ทุกคน และทุกคนต่างตอบว่าตนจะนำเอาวิธีผ่อนคลาย ความเครียด และทักษะในการเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้นำกลุ่มซักถามถึงความมั่นใจในการนำวิธีผ่อนคลาย ความเครียดและทักษะในการเผชิญปัญหา สมาชิกทุกคนตอบว่า “สามารถนำเอาไปใช้ได้”

3. สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญ ปัญหา รวมถึงนำวิธีการแก้ไขปัญหา ที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มของตนเองว่าจะสามารถนำไปใช้ ในชีวิตประจำวัน

การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ผลการกำกับการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง โดยมีคะแนนความรู้ในการเผชิญปัญหามากกว่าร้อยละ 80 (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

ขั้นที่ 3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ความสามารถในการเผชิญปัญหา (Post-test) พร้อมทั้งแจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พร้อมทั้งให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การติดตามการเยี่ยมบ้าน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ความสามารถในการเผชิญปัญหา (Post-test) และแจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

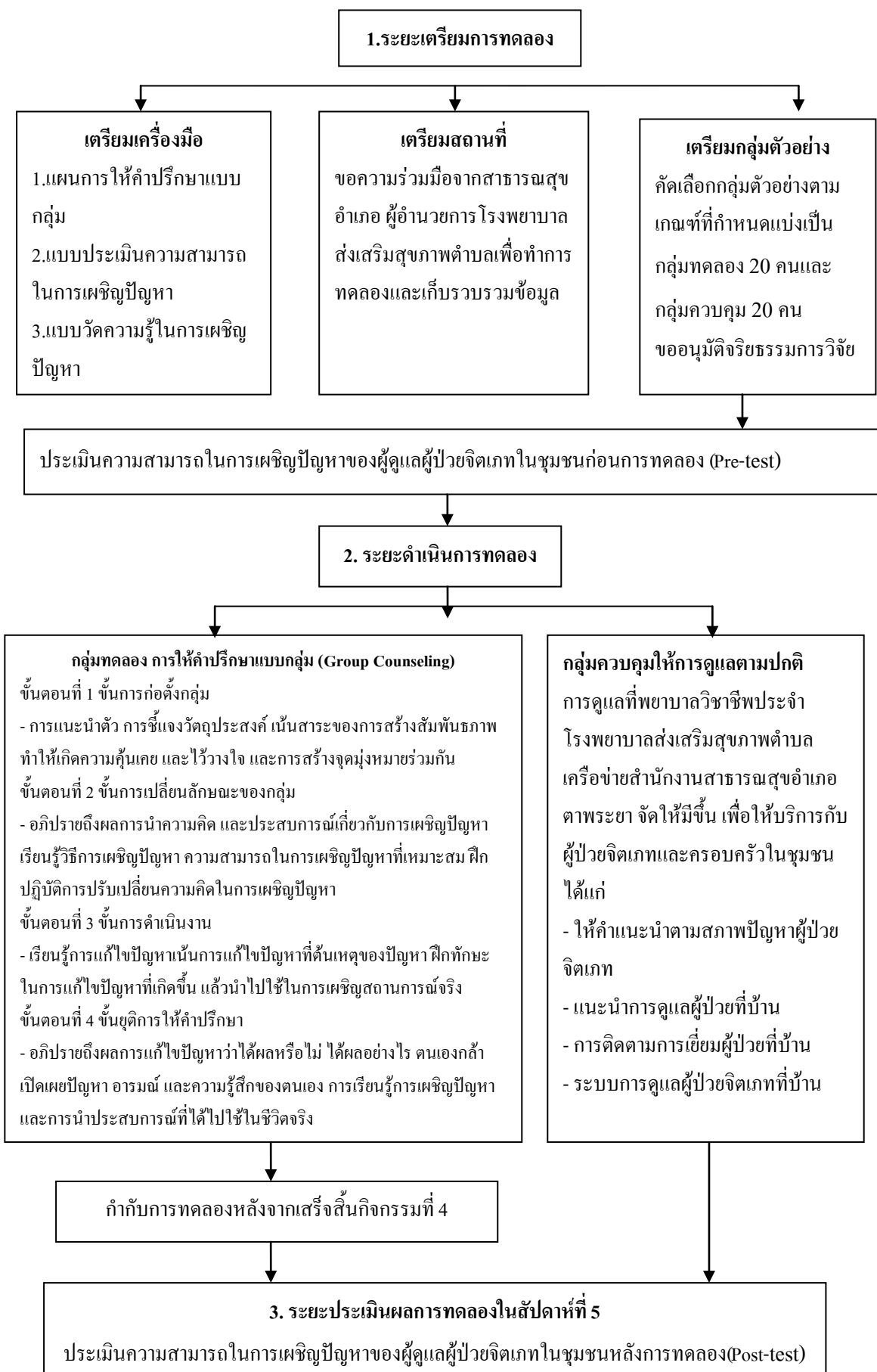
ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย ในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2555 ดังเอกสารในภาคผนวก ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจในกระบวนการการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน และแจ้งให้ผู้ดูแล สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการ ได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t- test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t- test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



ตารางกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
<p>สัปดาห์ที่ 1</p> <p>วันจันทร์</p> <p>กลุ่มที่ 1</p> <p>9.00-11.00</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>13.00-15.00</p>	<p>แผนการให้ปรึกษา</p> <p>กลุ่มครั้งที่ 1</p> <p>ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม</p> <p>(1½ - 2 ชั่วโมง)</p>	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและสมาชิก</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักคุ้นเคย ไว้วางใจ เปิดเผยตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ</p> <p>4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ปัญหาตนเอง การประเมินตนเอง ธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภทและแนวทางการเผชิญปัญหา</p>
<p>สัปดาห์ที่ 2</p> <p>พุธ</p> <p>กลุ่มที่ 1</p> <p>9.00-11.00</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>13.00-15.00</p>	<p>แผนการให้ปรึกษา</p> <p>กลุ่มครั้งที่ 2</p> <p>ขั้นการเปลี่ยน</p> <p>ลักษณะของกลุ่ม</p> <p>(1½ - 2 ชั่วโมง)</p>	<p>1. เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคิดที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม</p> <p>2. เพื่ออภิปรายถึงผลการนำความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับการเผชิญปัญหา</p> <p>3. เพื่อ เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสม</p> <p>4. เพื่อฝึกปฏิบัติเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดในการเผชิญปัญหา</p>
<p>สัปดาห์ที่ 3</p> <p>วันจันทร์</p> <p>กลุ่มที่ 1</p> <p>9.00-11.00</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>13.00-15.00</p>	<p>แผนการให้ปรึกษา</p> <p>กลุ่มครั้งที่ 3</p> <p>ขั้นการดำเนินงาน</p> <p>(1½ - 2 ชั่วโมง)</p>	<p>เพื่อแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหาตามขั้นตอนการแก้ปัญหา</p> <p>2. เพื่อเรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหานำเน้นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหา</p> <p>3. เพื่อฝึกการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ภายใต้การช่วยเหลือของผู้นำกลุ่ม</p>
<p>สัปดาห์ที่ 4</p> <p>วันพุธ</p> <p>กลุ่มที่ 1</p> <p>9.00-11.00</p> <p>กลุ่มที่ 2</p> <p>13.00-15.00</p>	<p>แผนการให้ปรึกษา</p> <p>กลุ่มครั้งที่ 4</p> <p>ขั้นยุติการให้</p> <p>คำปรึกษา</p> <p>(1½ - 2 ชั่วโมง)</p>	<p>1. เพื่อเรียนรู้ขั้นตอนกระบวนการเผชิญปัญหา</p> <p>2. เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการเผชิญปัญหา ที่ประกอบด้วยสถานการณ์ หรือสิ่งเร้า การประเมินสถานการณ์</p> <p>3. เพื่อสรุปบททบทวนบทเรียน การนำไปใช้ และปิดกลุ่ม</p>

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest–Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้รับความรู้ตามปกติ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
หญิง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
อายุ						
20 – 34 ปี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
35 – 44 ปี	11	55.0	11	55.0	22	55.0
45 – 54 ปี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
55 – 59 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท						
บิดา	-		1	5.0	1	2.5
มารดา	4	20.0	4	20.0	8	20.0
บุตร	3	15.0	2	10.0	5	12.5
พี่	3	15.0	1	5.0	4	10.0
น้อง	6	30.0	4	20.0	10	25.0
สามี	2	10.0	6	30.0	8	20.0
ภรรยา	2	10.0	2	10.0	4	10.0
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย						
น้อยกว่า 1 ปี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
1 – 5 ปี	5	25.0	5	25.0	10	25.0
6 – 10 ปี	6	30.0	6	30.0	12	30.0
11-15 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
มากกว่า 15 ปี ขึ้นไป	3	15.0	3	15.0	6	15.0

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 – 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคืออายุ 55 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคืออายุ 20 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองพบว่าเป็นน้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือมารดาคิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคือสามีและภรรยา คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นสามีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือน้องและมารดา คิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคือบิดา คิดเป็นร้อยละ 5 และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยพบว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 6 – 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และน้อยที่สุดคือน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 10

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=20)

ความสามารถในการเผชิญปัญหา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มทดลอง (ระดับ)	กลุ่มควบคุม (ระดับ)	กลุ่มทดลอง (ระดับ)	กลุ่มควบคุม (ระดับ)
1.การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด (จำนวน 4 ข้อ)	0.72 (ไม่ดี)	1.50 (พอใช้)	2.68 (ดี)	2.50 (ดี)
2.การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด (จำนวน 6 ข้อ)	0.53 (ไม่ดี)	0.57 (ไม่ดี)	2.59 (ดี)	0.94 (ไม่ดี)
3.การใช้การ ประคับประคอง(จำนวน 5 ข้อ)	0.87 (ไม่ดี)	0.75 (ไม่ดี)	2.05 (ดี)	1.24 (พอใช้)
4.การพึ่งพาตนเอง (จำนวน 7 ข้อ)	1.03 (พอใช้)	0.95 (ไม่ดี)	2.96 (ดี)	0.96 (ไม่ดี)
5.การเผชิญหน้ากับปัญหา(จำนวน 10 ข้อ)	0.67 (ไม่ดี)	0.78 (ไม่ดี)	2.79 (ดี)	1.05 (พอใช้)
6.การมองเหตุการณ์ในแง่ดี (จำนวน 8 ข้อ)	0.90 (ไม่ดี)	0.97 (ไม่ดี)	2.52 (ดี)	0.97 (ไม่ดี)
โดยรวม	0.79 (ไม่ดี)	0.92 (ไม่ดี)	2.60 (ดี)	1.27 (พอใช้)

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อนการทดลองทั้ง 6 ด้าน คือ 1) การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด 2) การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด 3) การใช้การประคับประคอง 4) การพึ่งพาตนเอง 5) การเผชิญหน้ากับปัญหา และ 6) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี และคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี หลังการทดลองพบว่า คะแนนโดยรวม อยู่ในระดับดี ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้ง 6 ด้าน และคะแนนโดยรวมพบว่าก่อนการทดลองอยู่ในระดับไม่ดี และหลังการทดลองอยู่ในระดับพอใช้

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม(n=20)

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

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อนการทดลองเท่ากับ 0.79 (ระดับไม่ดี) ซึ่งมีพิสัย 0-3 หลังการทดลองเท่ากับ 2.60 (ระดับดี) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้รับความรู้ตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้ารับการทดลอง (n=20)

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

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองเท่ากับ 0.92 (ระดับไม่ดี) ซึ่งมีพิสัย 0-3 และหลังการทดลองเท่ากับ 1.80 (ระดับพอใช้) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้ารับการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาก่อนและหลังเข้ารับการทดลองแตกต่างกัน โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับไม่ดี และหลังการทดลองอยู่ในระดับพอใช้

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา	กลุ่มทดลอง \bar{X} (SD)	กลุ่มควบคุม \bar{X} (SD)	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	0.79 (.29)	0.92 (.09)	38	-17.519	.000
หลังการทดลอง	2.60 (.12)	1.80 (.41)	38	-17.519	.000

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อนการทดลองเท่ากับ 0.79 (ระดับไม่ดี) และกลุ่มควบคุมก่อนเข้ารับการทดลองเท่ากับ 0.92 (ระดับไม่ดี) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้ารับการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่แตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับไม่ดีทั้งสองกลุ่ม

สำหรับหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 2.60 (ระดับดี) กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 1.80 (ระดับพอใช้) เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้ดูแลที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest–Posttest with control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลัง ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คนโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ
3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
4. พูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด การมองเห็น และอ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. มีคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา อยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-1.99

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอน ที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม การแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกับผู้ดูแลและระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง รวมทั้งสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจต่อกลุ่ม โดยเน้นสาระของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะกลุ่ม การสร้างจุดมุ่งหมายกลุ่มเพื่อการช่วยเหลือกัน ให้ผู้ดูแลเปิดเผยเรื่องราวของตนเองเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น โดยเน้นสาระของวิธีการที่จะเผชิญกับบุคคลอื่นและเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตน สัมภาษณ์ตัวเอง กล่าวเปิดเผยปัญหา อารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและเน้นให้ผู้ดูแลในกลุ่มเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง กล่าวเผชิญความจริงและเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงาน ให้ผู้ดูแลสำรวจปัญหาที่แท้จริง ลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่กิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในขั้นนี้จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นไม่หลีกเลี่ยงหรือเผชิญกับปัญหาโดยเน้นให้เข้าใจปัญหาของตนเอง เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาจากสมาชิกกลุ่ม อภิปรายปัญหาร่วมกัน ร่วมกันแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง เน้นสาระเรื่องความสามารถในการเผชิญปัญหาที่สิ่งที่เกิดขึ้น กล่าวเผชิญความจริง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการแก้ไขและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน เป็นตัวของตัวเอง รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหา นำความคิดและประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลโดยเน้นสาระของการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งหาแนวทางในการเผชิญปัญหาของตนเองที่เหมาะสม สามารถเป็นของตัวเอง พึ่งพาตนเองได้ ไม่รู้สึกผิดหวังที่แก้ไขปัญหไม่ได้ และต้องแยกจาก

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. แบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลของเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) ที่พัฒนามาจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowice (Jalowice coping scale,1987) โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมและเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ทดสอบความตรง ของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .95 และได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการเผชิญปัญหาของ ปาริชาติ กิจคุณธรรม (2547) โดยใช้หลักการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman (1984) และ Jalowice (Jalowice Coping Scale,1987) เพื่อสร้างข้อความรู้ในการเผชิญปัญหา โดยนำมาปรับให้ตรงกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ และเชิงลบ 7 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ .95 มี ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยขอเข้าพบสาธารณสุขอำเภอตาพระยา เพื่อแนะนำตนเองและขอชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย หลังจากได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอแล้ว ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา (Pre-test) ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา จำนวน 4 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 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา หลังการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหา (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t- test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t- test

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X}=2.60$, $SD=0.12$, ระดับดี) สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X}=0.79$, $SD=0.29$, ระดับไม่ดี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X}=2.60$, $SD=0.12$, ระดับดี) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}=1.80$, $SD=0.41$, ระดับพอใช้) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สูงกว่าก่อน ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X}=2.60$, $SD=0.12$, ระดับดี) สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X}=0.79$, $SD=0.29$, ระดับไม่ดี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถทำให้ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี ได้เรียนรู้ทักษะการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเองให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่เน้นให้สมาชิกเผชิญหน้ากับปัญหาหรือความไม่เป็นที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Trotzer, 1977) และยังเน้นการพัฒนาให้สมาชิกกลุ่ม มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปัญหาและความรู้สึกของตนเอง สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคนเป็นการระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา และได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหา หรือปรับปรุงตนเอง ขณะเดียวกันยังได้มีโอกาสรับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของสมาชิกคนอื่น และได้ตระหนักว่าคนอื่นก็มีปัญหาเช่นกัน (อาภา จันทรสกุล, 2554) นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับความรู้สึก ทักษะคิด อารมณ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกโดยมีการจัดสภาพแวดล้อมภายในกลุ่ม ให้เกิดบรรยากาศที่จะให้สมาชิกระบายความรู้สึก ทักษะคิดของตนเอง ออกมาด้วยความสมัครใจ ช่วยทำให้เกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม (วัชรวิทย์ ทรัพย์มี, 25 54) รวมทั้งวิธีการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้ ทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจว่า ตนสามารถให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนในกลุ่มได้

(Zhertzer and Stone, 1968) โดยผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทั้งในด้านอายุ เพศ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการเผชิญปัญหา อันจะนำไปสู่ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ซึ่งการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพโดยใช้ ใบงานที่ 1 “ฉันคือใคร” และอภิปรายถึงเหตุผลที่สื่อออกมาในข้อความนั้น ๆ ว่ามีความเหมือนหรือต่างจากตัวเองอย่างไร ซึ่งถือเป็นการเปิดเผยเรื่องราวของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น เน้นให้ทุกคนสำรวจตนเองสาระของกระบวนการเผชิญปัญหาเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง กล่าวเปิดเผยปัญหาอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง

1.2 ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกว่า "ประสบการณ์ของคุณเคยเกิดเรื่องราวที่กระทบกระเทือน หรือไม่สบายใจ ยากล้าบากที่จะควบคุมหรือที่มีผลขัดขวางการดำเนินชีวิตแบบปกติหรือไม่ และคุณประเมินสถานการณ์นั้นๆ ว่าอย่างไร" ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกถึงเรื่องราวเหล่านั้น โดยที่ผู้นำกลุ่มใช้ทักษะสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มกล้าที่จะเล่าเรื่องราวเหล่านั้นให้สมาชิกฟัง และร่วมกันอภิปรายถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด และแนวทางการประเมินสถานการณ์ที่แตกต่างกันนั้นว่ามีผลกระทบต่อตัวเรามากแค่ไหน อย่างไร จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง และฝึกปฏิบัติการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เช่น การฝึกการหายใจ ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกนวดด้วยตนเอง และฝึกคิดทางบวก ซึ่งความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายและจิตใจต่อสิ่งเร้าที่กระทบ ความเครียดในระดับที่เหมาะสมจะส่งผลให้บุคคลมีความกระตือรือร้น แต่ถ้ามีมากเกินไปจะส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น การจัดการกับความเครียด เป็นการปรับตัวและเผชิญกับความเครียด โดยไม่มีผลในทางลบติดตามมา วิธีการจัดการกับความเครียดมีหลายวิธีและหลายระดับ ได้แก่ การใช้กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ เช่น การทำงานอดิเรก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวด ทำสมาธิ และวิธีจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือการปรับเปลี่ยนวิถีคิด จากการดำเนินกิจกรรม สมาชิกทุกคนมีทำที่ผ่อนคลาย กล้าพูดและกล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้นรวมถึงสมาชิกแต่ละคนมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ มากขึ้นเกิดความไว้วางใจผู้นำกลุ่มพอสมควรสามารถแสดงความคิดเห็นได้พอสมควรรู้จักชื่อสมาชิกคนอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น

2. ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม เป็นการทบทวนและปรับความคิดในการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและทบทวนถึงเนื้อหาและกิจกรรมที่ทำในครั้งที่ 1 สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรม ไปแล้ว เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มคนหนึ่งอ่านบทความที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญปัญหาของเอก (กิจกรรมที่ 2) และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มทุกคนอภิปรายถึงประสบการณ์ในการประเมินสถานการณ์ในเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากหรือลำบากใจ ที่มาขัดขวางการดำเนินชีวิตปกติ อย่างอิสระ โดยที่สมาชิกทุกคนตั้งใจฟัง และซักถามในประเด็นที่สงสัย กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายถึงการประเมินสถานการณ์ในลักษณะต่างๆ โดยเน้นให้สมาชิก เห็นประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ในแง่บวก โดย ยกตัวอย่างกรณีศึกษาการจัดการกับอารมณ์ การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความท้าทาย เป็นการคาดคะเนผลของเหตุการณ์ในทางบวก ทำให้ขวัญและกำลังใจของสมาชิกดีขึ้น ในการต่อสู้กับเหตุการณ์ หรือความเครียดเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการดำเนินกิจกรรม สมาชิกให้ความสนใจในการฟังเรื่องราวของสมาชิกคนอื่นรวมถึงร่วมอภิปรายถึงปัญหาและให้คำแนะนำถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกคนอื่น สมาชิกเริ่มเข้าใจรวมถึงสนใจในความรู้สึกและเหตุผลของสมาชิกคนอื่น ๆ ไม่รีบตัดสินใจโดยใช้ความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น

3. ขั้นการดำเนินงาน เป็นการฝึกการเผชิญและแก้ไขปัญหา ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

3.1 ผู้นำกลุ่มเป็นผู้เริ่มหัวข้อการสนทนา จัดให้สมาชิกกลุ่มได้อภิปรายถึงวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลชั้นพิจารณาถึงผลดี ผลเสียที่ตามมารับรู้ถึงปัญหาและความต้องการของตนเอง และวางแผนแก้ไขโดยใช้แหล่งทรัพยากรภายนอกตัวบุคคล ที่มีอยู่ช่วยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันสมาชิกมีการซักถามซึ่งกันและกัน ให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมที่ 3 ร่วมกัน คือกิจกรรม การแก้ไขปัญหา และตารางกำหนดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจในปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผู้นำกลุ่มทบทวนประเด็นต่างๆ ที่อภิปรายในครั้งที่ 2 และกลุ่มตัวอย่างอภิปรายผลการทดลองปฏิบัติตาม การประเมินสถานการณ์ในด้านบวก ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มทุกคนอภิปรายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา รวมถึงสิ่งที่ต้องแก้ไข เพื่อนำไปสู่การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยสมาชิกจะอภิปรายทีละคน สมาชิกคนอื่น ๆ ตั้งใจฟัง ให้กำลังใจกันและกัน ช่วยกันหาทางแก้ไข โดยเสนอแนะวิธีการจากประสบการณ์ที่เคยใช้ได้ผล และความรู้ที่มีอยู่ ที่ได้รับมา ผู้นำกลุ่มจะใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการอภิปราย การให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ในกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลตามความเหมาะสม ให้กำลังใจและยอมรับในความคิดเห็นของสมาชิกและสนับสนุนให้สมาชิกใช้แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาด้วยตนเอง โดยไม่มีการชี้นำ และไม่เร่งรัด ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นต่างๆที่ได้อภิปรายในครั้งนี้ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิกในการทดลองนำวิธีการต่างๆที่

ได้รับจากกลุ่มไปปฏิบัติ จากการดำเนิน กิจกรรม สมาชิกมีความมั่นใจมากขึ้นในการนำข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่มไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวันรวมถึงได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ไปใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น

4. ขันยุติการให้คำปรึกษา เป็น การฝึกการเผชิญปัญหา สรุปลและยุติกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

4.1 . ผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกทำใบกิจกรรมที่ 4 คือการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาของตนเองเพื่อให้สมาชิก ตระหนักถึงสิ่งที่ตนรับรู้ และฝึกมองโลกในแง่ดี ผู้นำกลุ่มทบทวนประเด็นที่อภิปรายในครั้งที่ 3 และกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายถึงผลจากการเลือกใช้วิธีการในการแก้ปัญหา และอภิปรายถึงแนวทางที่ตนเองตัดสินใจเลือก ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่สมาชิก และสนับสนุนให้สมาชิกนำวิธีการต่างๆ มาใช้ในชีวิตประจำวัน เปิดโอกาสให้สมาชิกอภิปรายถึงการเลือกใช้แหล่งทรัพยากรภายในและภายนอกควบคู่กัน อภิปรายถึงประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม รวมทั้งแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อน และผู้นำกลุ่ม จากการดำเนินกิจกรรม สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหารวมถึงนำวิธีการแก้ไขปัญหา ที่ได้รับการเข้าร่วมกลุ่มของตนเองว่าจะสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ไม่รู้สึกเสียใจและยึดติดกับกลุ่มเมื่อต้องแยกจาก ส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมาจึงกล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยการนำแนวคิดของ Mahler (1969) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความสามารถในการเผชิญปัญหาดี มีลักษณะการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่ามุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้น ช่วยให้ผู้ดูแล สามารถประเมินสถานการณ์ที่พบว่าเป็นปัญหาที่ต้องเผชิญ ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม หรือ ทำทนาย บุคคลจะเลือกใช้วิธีการจัดการแก้ปัญหาและแสดงออกมาทางความคิดและพฤติกรรมในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้เน้นให้สมาชิกกลุ่มได้เลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่ปัญหา และอารมณ์ให้สอดคล้องกัน โดยเฉพาะการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่ปัญหา (Problem-focus coping) ซึ่งสมาชิกได้รับการฝึกฝนให้มีทักษะในการจัดการกับปัญหาเป็นองค์จากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ให้ลอง ไปปฏิบัติจริง มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่ม จะช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้และมีทักษะที่จะจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เกิดมีความหวังและกำลังใจเพื่อที่จะสามารถขจัดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันได้

นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มยังสามารถทำให้ปัญหาสุขภาพจิตทั่ว ๆ ไปที่มีอาการไม่รุนแรงลดลงไปด้วย สามารถอธิบายได้ว่าสมาชิกในกลุ่มทดลองได้มีการพัฒนาตนเอง เรียนรู้ทักษะการเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล โดยเฉพาะการเปลี่ยนการประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ จากการประเมินว่าเป็นอันตราย และเป็นสิ่งที่มากุศลมาให้กลายเป็นว่าสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาให้สมาชิกกลุ่มได้พิจารณาว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตอาจเป็นสิ่งที่คุกคาม แต่ให้คาดการณ์ว่าตนสามารถที่จะจัดการหรือควบคุมสถานการณ์นั้น ๆ ได้ ซึ่งการประเมินสถานการณ์แบบนี้จะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีชีวิตชีวา มีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาของตนมากขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984)

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จึงเห็นความแตกต่างได้อย่างชัดเจน และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยวิธีการทางสถิติ จึงพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 5) แสดงว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่จัดกระทำขึ้นมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น นั่นคือก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ เมื่อได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอยู่ในระดับสูง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.12$, ระดับดี) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 1.80$, $SD = 0.41$, ระดับพอใช้) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอธิบายผลได้ดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยได้นำแนวคิดของ Mahler (1969) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา โดยมีการจัดกิจกรรมตามแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 1½ – 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น ส่งผลให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาแต่ละด้าน การเผชิญหน้าในการแก้ไขปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์ดี

เครียด การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด การใช้การประคับประคอง และการพึ่งพาตนเอง ได้ดีขึ้น ดัง เหตุผลที่ได้อธิบายในสมมติฐานข้อที่ 1 ส่งผลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการให้ คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ในชุมชน ได้แก่ คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน การ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งการให้ความรู้และคำแนะนำอย่าง เดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลเกิดการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ (วัชร ทรัพย์มี, 2554) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ไม่ได้ผ่านการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม จึงทำให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับพอใช้

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จึงเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วย วิธีการทางสถิติ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 7) แสดงว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่จัดการกระทำขึ้นมีผลทำให้กลุ่มทดลองมี ความสามารถในการเผชิญปัญหามากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทักไนย วงศ์สุวรรณ (2542) ที่ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อความ โกรธของ นักเรียนวัยรุ่น พบว่าหลังการทดลอง นักเรียนที่เข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษานั้นมีคะแนนความ โกรธลดลง การศึกษาของ อุบลวรรณ เรือนทองดี (2544) ที่ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อ ภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นตอนปลายพบว่า หลังการทดลองคะแนนของภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นนั้น ลดลงเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองและนอกจากนี้ จากการศึกษาของสุวรรณ มหา ณรงค์ชัย (2546) ที่ศึกษาผลของกลุ่มตามแนวเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรมที่มีต่อสุขภาพจิตของ นักศึกษา ที่พบว่าหลังการทดลองนักศึกษามีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาของเจนจิรา เกียรติ ลินทรัพย์ (2548) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าหลังการทดลองคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายนั้นสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มการให้คำปรึกษา นอกจากนี้ การศึกษาของกิตติยา สุขพินิจ (2547) ที่ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อการพัฒนาอ้อมโนทัศน์ และการปรับตัวทางสังคมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

สามารถทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาตนเองได้อย่างมั่นใจ และสามารถพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตได้

สำหรับแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของผู้ดูแล ตามแนวความคิดของ Mahler (1976) รวมทั้งแนวทางการเผชิญปัญหา Lazarus and Folkman (1984) ซึ่ง เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) พัฒนาขึ้น และผู้วิจัยได้นำมาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลในครั้งนี้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง รวมทั้งสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจต่อกัน และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น โดยเน้นสาระของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหา โดยได้รับข้อมูลและแนวทางในการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นการประเมินสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่มากระทบ เป็น 3 ลักษณะคือ อันตรายหรือการสูญเสีย การคุกคามและการทำทนาย (Lazarus and Folkman, 1984) สมาชิกเรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาโดยการมุ่งเน้นการแก้ปัญหามากกว่าอารมณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) และเน้นให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง กล้าเผชิญความจริงและเกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหของตนเอง ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินการ สมาชิกสำรวจปัญหาที่แท้จริง ต้องลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่กิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในขั้นนี้จะทำให้สมาชิกมีความสามารถในการที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่หลีกเลี่ยงหรือหนีที่จะเผชิญกับปัญหาโดยเน้นสาระการปรับแก้ที่เหตุของปัญหา คือพยายามแก้ไขที่ตัวของปัญหาโดยการวางแผนตั้งเป้าหมาย กระทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อแก้ปัญหาหรือมุ่งแก้ไขที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อมมากกว่าอารมณ์ (Lazarus and Folkman, 1984) เพื่อให้ผู้ดูแลเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหของตนเอง กล้าเผชิญความจริง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหของตนเอง ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการแก้ไขและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ในขั้นนี้สมาชิกเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรม มีแนวทางในการเผชิญปัญหาของตนเองและนำไปปฏิบัติได้ เตรียมตัวที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ให้เหมาะสมในชีวิตประจำวัน โดยเน้นให้สมาชิกสามารถตัดสินใจและวางแผนการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม โดยนำเอารูปแบบความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งแบบการมุ่งเน้นการแก้ปัญหา และอารมณ์มาใช้ร่วมกันอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1984) เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง กล้าเผชิญความจริง เกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหา ช่วยให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการแก้ไขและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา และมุ่งเน้นอารมณ์มาใช้ร่วมกันอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1984) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

ตระหนักในตนเอง สามารถตัดสินใจ เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง สร้างความแข็งแกร่ง ในการเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้คำปรึกษา แบบกลุ่ม มีการฝึกหัดตามแผนการให้คำปรึกษา นี้ จะทำให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา สูงขึ้นกว่าการที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงมี ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน พยายามสุขภาพจิตและจิตเวชที่ ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน ถ้านำแผนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน จะมีประสิทธิภาพมากเนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นมีความเหมาะสมกับการทำ กลุ่มในผู้ดูแล โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชเป็นผู้นำกลุ่ม เป็นรูปแบบปฏิบัติรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นมี 4 ขั้นตอน คือ

- 1.1 ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
- 1.2 ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม เน้นให้สมาชิกทบทวนและปรับความคิดใน การเผชิญปัญหา ตระหนักรู้ในตนเองจนเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง
- 1.3 ขั้นการดำเนินงาน สมาชิกเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน ร่วมกันพัฒนา ความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม
- 1.4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา สมาชิกเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจนเน้นการนำความคิด รวมถึงการนำประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริง

ในแต่ละขั้นตอนนี้ ควรจะสอดแทรกอยู่ในกิจกรรมแต่ครั้งที่มีการให้คำปรึกษา แบบกลุ่มเพราะจะทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีการพัฒนาความคิด และได้ฝึกปฏิบัติจริงทุกครั้ง ก่อให้เกิด ความมั่นใจ หลักที่สำคัญในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ การ แสดงออกถึงความจริงใจ การยอมรับความแตกต่างของแต่ละคน ความสม่ำเสมอ และที่สำคัญคือ

สมาชิกทุกคนต้องสมัครใจที่จะเข้าร่วมกลุ่ม กล้าแสดงความคิดเห็น โดยเห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2. ด้านการวิจัย ในการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ควรมีการติดตามผลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามผลความสามารถในการเผชิญปัญหา ติดตามหลังการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

สุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข,กรม.(2553). สถิติโรงพยาบาลจิตเวช.นนทบุรี:สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2552). สถิติและงานวิจัย. [Online] แหล่งที่มา: <http://www.dmh.co.th/>
[2010, Norember 5].

กาญจนา ขาวนอก.(2548). เปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิตติยา สุขพินิจ.(2547). การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของโรเจอร์ส เพื่อพัฒนาอัตมโนทัศน์และการปรับตัวทางสังคม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่มีความสามารถในการปรับตัวทางสังคมต่ำ.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กรรณา เฝ้ารัตนะ.(2548). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อลดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ .การค้นคว้าอิสระการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เกษม ต้นติผลาชีวะ.(2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ . สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

แก้วตา มีศรี.(2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน . วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จอม สุวรรณโณ. (254 0). ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล 47(3) : 24-33.

จารุวรรณ จินตมางค. (2541). ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท .วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จารุวรรณ ชีรสีทธี. (2551). สภาพครอบครัวสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีและไม่มีอาการกำเริบ .วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขา วิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์, กฤตยา แสงเจริญ.(2538). ความคิด ความเชื่อทางศาสนาและการรักษา โรคแผนโบราณ: กรณีศึกษาที่วัดชัยภูมิพิทักษ์ จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการวิจัย คณะพยาบาล ศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรนนท์ ชันแข็ง . (2548). ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรพรรณ สุริยวงศ์ และคณะ. (2552). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล). โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้.(2532).ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ .(2548). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์เพ็ญ อัครสถิตานนท์. (2544, กันยายน – กุมภาพันธ์). สภาพปัญหาและความต้องการบริการช่วยเหลือของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสาร โรงพยาบาลสระแก้ว , 1(1), 20-26.
- ฉวีวรรณ สัตยบรรณ. (2550). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต .พิมพ์ครั้งที่ 9.โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง.(2543, กรกฎาคม – ธันวาคม). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ : กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 14(2) : 30-39

- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร.(2549). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน
 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิต
 และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลพร กองคำ.(2547). ความรู้เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และสัมพันธภาพต่อผู้ป่วย :
 กรณีศึกษาญาติผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในภาคกลาง.
 วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูชื่น ชิวพูนผล.(2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ
 ผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ
 ลุกลาม .วิทยานิพนธ์ ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติมา สว่างถิ่น.(2553). ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของ
 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาน้อมเกล้ากรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์
 ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา.มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ณัฐิยา พรมบุตร.(2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย .มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดาวรุ่ง หนูแก้ว.(2546). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัว
 และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การ
 สนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว
 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
 จิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ทิพย์ภา เชษฐ์เซาวลิต, สุรพันธ์ ปราบกรี, อรวรรณ หนูแก้ว, เขาวนาถ สุวลักษณ์.(2542). พฤติกรรม
 ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงพื้นที่บ้านในเขตภาคใต้ของประเทศไทย. วารสาร
 พยาบาลสงขลานครินทร์ 19 : 23-37.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ทูลกา นุปผาสังข์. (2545). **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง.(2540). **กรณีศึกษาผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวช.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย ลีพหานาจ. (2552). **ตำราโรคจิตเภท.** สงขลา; ชานเมืองการพิมพ์.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร.(2550). **กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** สุรินทร์ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.
- นพรัตน์ ไชยธานี.(2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงการ รวงแดง.(2550). **ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลลักษณ์ เลหาพันธ์.(2550). **ผลการใช้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วมกับดนตรีบำบัดที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท.** รายงานการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นิศากร แก้วพิลา.(2545). **ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง .** การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุปผาชาติ ชุนอินทร์.(2541). **ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบการให้คำปรึกษา และ ประคับประคองสำหรับพยาบาลประจำการต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด .** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2547). **ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์. (2547). **ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง.** วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(3), 141-149

- ปรารธนา บริจันทร์, วัชณี หัตถพนม, นิमित แก้วอาจ, สุริยา ราชบุตร.(2535). การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต . รายงานการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปาริชาติ กิจธรรมคุณ.(2547). ศึกษาการใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของเยาวชนที่เสพยาบ้า ในระยะติดตามการรักษาโรงพยาบาลทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ . วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยฉัตร สะอาดเอี่ยม.(2544). ประสพการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โปรยทิพย์ สันตะพันธ์.(2550). ผลของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี.
- พรชัย พงศ์สงวนสิน , จุฬารัตน์ วิเศษรัตน์ , ชุตินา ประทีปะจิตติ.(2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ: เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต ; 5 : 16-24.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง.(2545). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลังและกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมศิริ มาลารัตน์.(2546). ผลการปรึกษาแบบกลุ่มต่อทัศนคติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและอำนาจภายในตนและการควบคุมพฤติกรรมทางเพศ ของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์,อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา.(2547). トラบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว .วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 18(1): 1-9.
- เพชร คันธสายบัว.(2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำและคณะ.(2547). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน :รูปแบบและโปรแกรมการ
พัฒนาทักษะของผู้ดูแล. ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์.(2544). รูปแบบการทำนายภาวะของผู้ดูแล : การทดสอบเชิงประจักษ์ใน
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท . วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต , สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนตรี อมพิเชษฐ์กุลและพรชัยสงวนศิลป์ .(2544). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความ
เข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท .วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลอง คิชฌวนิช.(2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มารศรี ปาณีวัตร.(2548). บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. รายงาน
การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มัลลิกา สิงหสุริยะ.(2547). การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล : กรณีศึกษา.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์.(2552). จิตเวชศาสตร์ศาสตร์รามธิบดี.
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพ ; บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ.(2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล.(2538). ภาวะของครอบครัวในการที่ดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการ
วิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 1:19-26.
- ยาใจ สิทธิมงคล.(2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติ การ
พยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 : 1-9.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม.(2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน:แนวคิดและปัญหาในการวิจัย.รามธิบดีพยาบาลสาร
1:84-94.

- ยูภาพร มีหนองหว่า. (2552). ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รจนา ปุณโณทก.(2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รวมพร คงกำเนิด.(2543). การให้คำปรึกษา. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). คู่มือการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยลัดกษณ์ . (หน้า 95 – 101) นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยลัดกษณ์
- ระพีพร แก้วคอนไทย, วัชณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ.(2543). การศึกษาความเครียดสาเหตุ วิธีการแก้ปัญหาและวิธีการจัดการกับความเครียดของเครือข่ายปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข .
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนา เข้มพุชชา.(2546). ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีผสมผสานต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน .วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณรัตน์ ลาวัง. (ม.ป.ป.) การดูแลสุขภาพที่บ้าน: ผู้ดูแลที่บ้าน. ชลบุรี: ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วารภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์.(2542). ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันประสาทวิทยา. ประชุมวิชาการสุขภาพจิตปี 2542. ความรุนแรงในสังคม : ทางออกอยู่ที่ไหน. กรุงเทพฯ.

- วาสนา ปานดอก. (2545). **กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล**. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช.(2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 12(4), 33-38.
- วิมาลา เจริญชัย.(2545). **พฤติกรรมกำปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท**.การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, และ เปรมฤทัย ศรีจันทร์กล้า.(2544). **ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ**.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- วรกษ นิธิกุล. (2535). **การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท**.วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร ทรัพย์มี. (2554). **ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 6.กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2549). **ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท** . วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต.สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ อัสวศิลป์. (2539). **ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ต่อการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลที่สูญเสียแขนขา**. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ดา กาญจนาวีโรจน์, สุพิน พิมพ์เสน, วราภรณ์ ทะมั่งกลาง, บังอร ศรีเนตรพจน์, คมชาย สุข ยิ่ง. (2541). **การสอนญาติผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วม**. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สกวรัตน์ ภูผา. (2543). **ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถิต วงศ์สุรประกิต. (2542). **ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สมคิด ตีรารักษ์. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ . (2546). การพยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท . ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤติยา แสงเจริญ, ปราณิพร บุญเรือง, สมจิต แคนสีแก้ว, และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน . มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544, กรกฎาคม – ธันวาคม). กรอบแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 14 (2) : 15-23.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วีเจพรินติ้ง.
- สมภพ รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล . (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช . พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมญา บุรวุฒิ, และ เพชร คันทสายบัว. (2544). ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา 3(1) : 25-31.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน. (2548). การศึกษาดรบาปในผู้ป่วยจิตเภท. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4. หน้า 67-90. กรุงเทพมหานคร.
- สาริณี โต้ะทอง. (2548). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาล สุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สายใจ ก้าวอนันตคุณ.(2548). ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา .วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุทิสษา แพงมา.(2551). การศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี. โครงการอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผู้ก่อกวนต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพล รุจิรพิพัฒน์.(2541). อิทธิพลความเชื่อในท้องถิ่นที่มีต่อบริการสุขภาพจิต. รายงานการวิจัยกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี.
- สุวรรณ มาพรรณชัย.(2546). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม และการปฏิบัติธรรมที่มีต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว.(2545). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ป๋อง.
- สุวารี คำปวนสาย.(2550). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล สมัตถะ.(2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาล ศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันชัย วสุนทราราม.(2547). จิตเภท.กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- อรทัย แสงสินธ์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของปัญหา แหล่งประโยชน์ของครอบครัวและภาวะสุขภาพทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อาภา จันทรสกุล.(2550). ทฤษฎีและการให้คำปรึกษาในโรงเรียน.พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อดิศร อุดรทักษ์.(2547). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญ
ปัญหาของวัยรุ่น.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อภิญา เจริญน้ำ.(2551). ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบลรัตน์ สิงห์เสนี. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท .
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2554). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.กรุงเทพฯ: เพื่อฟ้าปรินต์ติ้ง.
- เอื้ออารี สาลิกา.(2543).ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคณา จิรโรจน์.(2547). ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความเครียด และความสามารถในการ
เผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีปัญหาพฤติกรรม ในโรงเรียนบางปะหัน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา .วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉราวรรณ ตรีขวง.(2547). ผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉราวรรณ ตรีขวง, ภัทราภรณ์ ทุ่งปั่นคำ, และ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2548). ผลของกลุ่มจิตศึกษา
ต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท. พยาบาลสาร 32(2): 1-10.

อัญชลี ศรีสุพรรณ.(2547). ผลของการโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Abeloff, M.D., Armitage, J.D., Lichter, A.S., and Niederhuber, J.E. (2000). **Clinical oncology**. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone.
- Addington, J. McCleery, A., and Addington, D.(2005).Three-year outcome of family work in an early psychosis program . **Schizophrenia Research** 79(1):107-116.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E.&Reiss,D.J. (1986). **Schizophrenic and the family:A Practitioner’s guid to psychoeducation and management** . New York : Guilford Press.
- Amy N. Cohen,S.M.G.,Alison B. Hamilton and Alexander S. Young,(2009). Implementation of a Family Intervention for Individuals with Schizophrenia. **Journal of General Internal Medicine** 25(1):32-37.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington DC : American Psychiatric Association.
- Awad, A. G., and Voruganti, L.N.P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers : A review. **PharmacoEconomics** 26 (2): 149-162.
- Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit How Families Cope. **Journal of Psychosocial Nursing** 27: 31-35.
- Baker, C.(1995). The development of Self – Care ability to detect early signs of relapse among Individuals who have Schizophrenia. **Archives of psychiatric nursing** 9(5):261- 268.
- Barry, F. (2001). **Service User Handbook:Coping with Sebacks and staying well**. [online]. Available from:[http // www.nyx.org.uk](http://www.nyx.org.uk),[2010,February 2]

- Becker, M. H. (1974). **The health belief model and person health behaviors** Charles B. Slack, Inc:
- Boyd.M.A. (2005). **Psychiatric nursing contemporary practice**. Philadelphin : Lippincott Williams wilkins.
- Breier,A.,Schreiber,J.L.Dyer,J.,&Pickar,D. (1991). Nation institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. **Archives. Generral Psychiatric** 48:239-246.
- Brown, G. W., and Birley. J. K. (1972), Influence of family life on the course of schizophrenia Disorder : **replication British Journal of Psychaiatry** 121:241-258.
- Bull, M. J.(1990). Facter influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research** 12 (6) : 758-776
- Burgess, A.W.(1990). **Psychiatric nursing** . Norwalk : Appletin & Lang.
- Burns, N. and Grove, S. (2001). **The practice of Nursing Research: Conduct Critique and Utilization. 2nd ed.** Philadelphia: W.B.Saunder.
- Burns, N. and Grove, S. (2005). **The practice of Nursing Research: Conduct Critique and Utilization. 5nd ed.** Philadelphia: W.B.Saunder.
- Butzlaff, R. L., and Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. **Archives of General Psychiatry**, 55, 547–552.
- Caqueo-Urizar, A., & Gutierrez-Maldonado, J. (2006). Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia. **Quality of Life Research** 15 (4): 719-724.
- Chaya Schwartz, Ophra C. Gronemann. (2009). The Contribution of self-efficacy, Social Support and participation in the Community to Predicting Loneliness among Persons with schizophrenia Living in Supported Residences. **Isr J Psychiatry Relate Sci**, 46(2), 120-129.
- Chien, W.-T., Norman, I., and Thompson, D.R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. **International Journal of Nursing Studies** 41 (6) : 637-649.
- Cobb, S. 1976. Social Support as Moderator of Life Stress. **Psychosomatic medicine** 38 (September-October) : 300-314.
- Corbin, & StraUss, (1984). Collaboration: Couples work together to manage chronic illness. **Image**, 16, 109-115.

- Corey, Gerald F. (1985). **Theory and Practice of Group Counseling**. 2nd ed Monterey :
Brook/Cole Publishing.
- Corrigan, P. W. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia.
Hospital & Community Psychiatry. 41, 1203-1211.
- Corrigan, W. P. (1998). Behavior Therapy Empowers Persons With Severe Mental Illness:
Behavior Modification 21 January: 45-61.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). Understanding the self-stigma of mental
illness: implication for self-esteem and self-efficacy. **Journal of Social and Clinical
psychology** 25: 875-884.
- Deborah A. Perlick, R.A.R., Richard Kaczynski, Marvin S. Swartz, Jose M. Canive and Jeffrey
A. Lieberman.(2006). Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia.
Psychiatric Services 57: 1117-1125.
- Dyer, W.W., and Vriend, J. (1975). **Counseling techniques at work : application to
individual and group counseling**. Washinton, D.C.:A.P.G.A.
- Dvis,L.L.(1992).Building a science of caring for caregivers. **Family and Community
Health** 15:1-9.
- Dixon,L.et al. (2001). Evidence – based practices for service to families of people with
psychiatric disabilities. **Psychiatric services** 52:903-910.
- Doornbos, M.M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams.
Arch Psychiatr Nurs 16 (1): 39-46.
- Downe-Wamboldt,B.L., and Melansan, P.M. (1995).Emotion, coping, and psychological well-
being in elderly people with arthritis. **Western Journal of Nursing Research**.
- Falloon, I., et al. (1982). Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia:
a controlled study. **New England Journal of Medicine** 306, 1437-1440
- Fowler,L.(1992).Family psychoeducation: Chronic psychiatrically ill Caribbean patient.
Journal of Psychosocial Nursing 30 (3): 27 - 32
- Francel, 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.

- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., Corrigan, P. W., Lam, C.S., and Cheung, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in china and its implications for recovery. **International Journal of Social Psychiatry**. 53(5): 408-418.
- Galand, L.M. and Bush, C.T. (1982). **Coping Behavior and Nursing**. Virginia: Reston Publishing.
- Ganguly, K. K. C., R. K. Singh, T. B. (2010). Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Qualitative Study. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation** 13 (2). 126-142.
- Gauttiere, B. (1999). **Understanding and help for Schizophrenia**. Retrieved March 30, 2002, from: www.Christiansouleare.com/helpforSchizophrenia.Htm christian Soul Care.com
- Gispens-de Wied, C.C. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. [doi:DOI:10.1016/S0014-2999(00)00567-7]. **European Journal of Pharmacology**, 405(1-3), 375-384.
- George, T.P., Krystal, J.H. (2000). Comorbidity of psychiatric and substance abuse disorder. **Curr. Opin. Psychiatry** 13: 327-331.
- Glaser B, Strauss A. (1967). **The discovery of grounded theory**. Chicago: Aldine.
- Glendy, S.H. Ip., & Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relative with serious mental illness at home: The experiences of family carers in Hong Kong. **Archives of Psychiatric Nursing**, 12(5), 288 – 294.
- González-Blanch, C., et al. (2010). Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: A prospective observational study. **Spanish Journal of Psychology** 13(1): 389-395.
- Grandon, P., Jenaro, C., and Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. **Psychiatry Research** 158(3): 335-343.
- Gray, R., Wyker, T., and Gournay, K. (2001). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 9(1): 277-284.
- Hall, M. J. and Docherty, N.M. (2000) Parent coping styles and Schizophrenia patient behavior as predictor of expressed emotion. **Family Process** 39:435-444.

- Hamarat, E., Thompson, D., Zabrucky, K.M., Steele, D., and Matheny, K.B. (2001). Perceived Stress and coping Resource Availability as Predictors of Life Satisfaction in Young, Middle-Aged, and Older Adult. **Experimental Aging Research** 27: 181-196
- Hammond, V.T. & Dean, G. (1995). A phenomenological study of families and psychoeducation support group. **Journal of Psychosocial Nursing** 33 (10): 7 - 12
- Hanzawa, S., Bae, J. K., Tanaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H. et al. (2010). Caregiver Burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan And Korea. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** 64(4): 377 – 386.
- Hater, L. (1988). Multi-family meeting on the psychiatric unit. **Journal of Psychosocial Nursing** 26:18-22.
- Herbert, B. F. and Orville, J.G. (1981). **Analysis of coping style**. The Psychological Corporation: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Herz, M.I. and Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. **Am J Psychiatry** 137:801-805.
- Hitchen, E. A. (1977). Helping psychiatric outpatient accept drug therapy. **American Journal of Nursing** 3: 464-466.
- Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., and Huang, C. J. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** 62(5):508-514.
- Hoyert, D. L., and Selter, M. M. (1992). Factors Related to the Well- Being and Life Activities of Family Caregivers. **Family Relation** 41: 74-81.
- Huang, X.-Y., Sun, F.-K., Yen, W.-J. and Fu, C.-M. (2008). The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. **Journal of Clinical Nursing** 17: 817–826.
- Hull, M.M. (1992). Coping strategies of family caregivers in hospice. **Oncolog Nursing Forum** 19:1179-1187.
- Ip GS, Mackenzie AE. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: the experiences of family carers in Hong Kong. **Arch Psychiatr Nurs** 12:288-94.
- Jalowice, A., Murphy, P., and Power J. Marjories. (1984). Psychometric assessment of Jalowice coping scale. **Nursing Research** 33(3).

- Jalowice and other .(1987) .Psychiatric Assessment of Jalowice : Coping Scale. **Nursing Research** 33 (3) .
- Jones DA, Peters TJ.(1992). Caring for elderly dependents: effects on the carers quality of life. **Age Ageing** 21:421-8.
- Kaplan, H.I.and Sadock B.J. (1996). **Pocket Handbook of clinical Psychiatry. 2nd ed.** Baltimore : William and Wilkins.
- Kaplan and Sadock . (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2nd ed.** Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kelly, R. A., Zyzanski, S. J. and Alemagno, S. A.(1991). Prediction of Motivation and Behaviour Change Following Health Promotion: Role of Health Beliefs, Social. Support and Self – Efficacy. **Social Science Medication** 32: 311-319.
- Kennedy,G.M., Schepp,G.K.and O’Connor,W.F. (2000).Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing** 14:266-275.
- Kissing, W. (1991). The current unsatisfactory state of relapse. Prevention in schizophrenic psychosis. **Clinical Neuropharmacology**.14 (Supp 2), 335-445.
- Kausar, R. and Tanveer, N. A. (2009). **Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: arandomized controlled trial.** Annals of General Psychiatry.
- Lange, A.L. and Fischbein, S. (1996). **Life situation self reported health and coping ability of 35 year old twin and controls : A follow – up a longitudinal Swedish twin study at adolescence.** Department of Special Education , Institute of Education , Stockholm , Sweden.
- Lazarus, R.S. and Folkman,S.(1984).**Stress Appraisal and Coping.** New York:Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S.(1966). **Psychological stress and the coping process.** Mc Graw Hill.
- Lazarus, R.S.(1976). **Pattern of adjustment. 3rd ed.** Mc Graw Hill :1-466
- Leff, P.J., and Vaughn, C. (1985). **Expressed emotion in families.** New York: The Guilford Press.
- Litt, M. (2000). **Adherence to health care regimens: Summary of current research.** Dept. of Behavioral Science, University of Connecticut Health Center.

- Liu Wei-feng, Zang Wei-min, Huang Run-quan.(2010). **Research on the coping style and its related factors in caregivers of patients with schizophrenia. Journal of Clinical Nursing** 18: 311-319.
- McFarlane, W.R., Dixon,L.& Lucksted,A.(2003). Family psychoeducation and schizophrenia :A review of the literature. **Journal of Marital and Family Therapy** 29:233-245
- Magiano, L. et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the Biomed I study. **Social Psychiatric Epidemiology** 33: 405-412.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., and Maj, M. (2006).Social network in Long-term diseases: A comparative study in relatives of persons with schizophrenia and Physical illnesses versus a sample from the general population. **Social Science and Medicine** 62(6): 1392 – 1402.
- Magliano L, McDaid D, Kirkwood S, Berzins K (2007) Carers and families of people with mental health problems. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G (eds) Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care. Open University Press, Berkshire, pp 374-396
- Mahler,C.A.(1969). **Group Counseling in the school**. Boston:Houghton Mifflin Company.
- Mann, P.S. (2001). **Introductory statistics. 4th ed.** New York: John Wiley and Sons.
- Marsh, D.& Jhonson,D. (1997).The family experience of mental illness: Implication for Intervention. **Professional Psychology:Research and Practice** 28(7):229-237
- Marram,G.D.(1987). **The group approach in nursing practice.2nd ed.** St. Louis:C.V.Mosby.
- María Luisa and Vázquez Pérez. (2010). **New training program on self-efficacy reduces stress of patients with schizophrenia.** University of Granada.
- Mengdan Liu, Clinton E. Lambert, Vickie A. Lambert.(2007). **Caregiver burden and coping patterns of Chinese parents of a child with a mental illness.** Article first published.
- Miller.J.F.(1991).**Coping with chronic illness:Overcoming powerlessness. 2nd ed.** Philadelphia:F.A. Davis.
- Moller-Leimkihler,A.M.(2006).Burden of relatives and predictors of burden.Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of the first hospitalized patients with schizophrenia or depress. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience** 255(4):223-231.

- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., and Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. **Family Relations** 34(1), 19.
- Moxon, A. M. and Ronan, K. R. (2008). Providing information to relatives and patients about expressed emotion and schizophrenia in a community-support setting: A randomized, controlled trial. **Clinical Schizophrenia and Related Psychoses** 2(1): 47-58.
- Nasser, W.A. et al.(2011). Burden and coping strategies in caregivers of schizophrenia patients. **Journal of American Science**.
- Nechmad A, Fennig S, Ternochiano P, Treves I, Fennig-Naisberg S, Levkovich Y.(2000). Siblings of schizophrenic patients: a review Israel. **J Psychiatr Relat Sci** 37:3-11.
- Ohlsen, M.M. (1973).Group counseling. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Plencherel. B. and Bolognini, M. (1995).Coping and mental health in early adolescence. **Journal of Adolescence** 18:459-474.
- Parker BA.(1993).Living with mental illness: the family as caregiver. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**; 31:19-21.
- Pender, N. J., Mardaugh, C.L. and Parsons, M.A. (2006). **Health Promotion in Nursing Practice. 5 ed.** New Jersey: Upper Saddle River.
- Philip,W and Long,M.D.(2001).**Basic factor About Schizophrenia.**(Online). Available from <http://www.Mental Health.com>.(2000,December 20)
- Pratt, S.I, Mueser, K.T., Smith, T. E., et al. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in Schizophrenia:A mediational analysis. **Schizophrenia Research** 78:187-197.
- Sarah I. Pratt, Kim T. Mueser E. Smith, Weili Lu. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: Amediational analysis. **Schizophrenia Research.** 78:187-197.
- Rakesh K. Chadda, Tej B Sigh, Kalyan K Ganguly.(2007).Caregiver burden and coping :A Prospective study of relationship between burden and coping in caregiver of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. **Soc Psychiatric Epidemiol** 42:923-930
- Reinares,M et al.(2004).Impact of the educational Family intervention on caregiver of stabilized bipolar patients . **Psychotherapy Psychosomatics** 73(5):312-319

- Roe,D.,Philip, T., and Paul, H. (2006). Coping with psychosis : An Integrative Developmental Framwork. **Journal of Nervous Mental Disorder** 194(12):917-924.
- Rose, L.E.(1997).Caring for caregivers : Perception Social support. **Journal of Psychiatric Nursing**. 35:17-24.
- Samualewicz, E. (1975).The effect of critical thinking and group counseling upon behavior problems students. **Dissertation Abstracts International** 36(5):2645A.
- Satir, V et al.(1991). The satir model family therapy and beyond. California : **Science & Behavior . Book , Inc.**
- Schene AH, van Wijngarrden B, Koeter MW.(1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. **Schizophr Bull**; 24:609-18.
- Shell, D. and Wicklund, R.A.(1972).**A Theory of Objective self –awareness**. New York: Academic Press.
- Sodock, J.B, & Sadock, A.V. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
- Sodock, B.J. and Sadock, V.A. (2005) .Kaplan & Sadock’s pocket handbook of clinical psychiatry. 4th ed. Newyork: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mississippi. **American Journal of Psychiatry** 152(12): 1749-1756.
- Thompson, E.H.,Futterman,A.M.,Gallagher- Thompson, D., Rose, I.M.& Lovetts, S.B.Socail. (1993).support and caregiving burden in family caregivers of frial elder. **Journal of Gerontology** 48S:245-254.
- Trozter, J.P.(1977). The counselor and the group : Intregating theory, training, and practice. California: **Wadsworth publishing Company**.
- Ukpong DI.(2011).Bruden and psychological Distress Among Nigerian Family Caregivers of Schizophrenic Patients : The Role of Positive and Negative Symptoms.**Turkish Journal of Psychiatry**.(22) : 1-6.
- Vitaliano PP, Young HM, Zhang J (2004) Is caregiving a risk factor for illness? **Curr Dir Psychol Sci** 13:13-16
- Wai-Tong, C., Chan, S. W. C., and Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese Family caregivers of people with schizophrenia [Article]. **Journal of clinical Nursing** 16(6): 1151 – 1161.

- Wang Wen-jing, Lin Hai-cheng, Lin Yong-qiang, et al. (2010). **Negative Emotion and Relative Factors in Caregivers of Patients with Schizophrenia in Community.** [Online]. Available from <http://www.Mental Health.com>. (2010, December 20)
- Wasserman, Stephanie, (2010). Nonreligious Coping, Religious Coping, and Self-conscious Emotions as Predictors of Expressed Emotion in Relatives of Patients with Schizophrenia Open Access Distortions. [Online]. Available from <http://www.Mental Health.com>. (2010, December 15).
- Watson, A.K. and Dodd, C.h. (1984). Alleviating communication apprehension through rational emotive evaluation. **Paper Present at Annual Meeting of the Eastern Communication** 42 (85) (March 1984)
- Wong, D. F. K. (2000). Stress factor and mental health of caregivers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: Implications for culturally sensitive practice. *British Journal of Social Work*, 30(10), 365-383.
- Weisman, A., et al. (1998) Expressed Emotion attitudes and schizophrenia symptom dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 355-359.
- Williams, C.A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric care** 25:14 - 21
- World Health Organization. (2010). **The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptors and Diagnostic Guidelines.** Geneva : World Health Organization.
- Wortman, C.B. (1984). Social support and the cancer patient: conceptual and methodologic issues. *American Journal of the cancer Society* 53:25-34
- Yamashita, M. (1996). Study of how families care for mental ill relatives in Japan. *ICN. International Nursing Review* 43(4):121 - 125
- Yeh, L.-L., Hwu, H.-G., Chen, C.-H., Chen, C.-H., and Wu, A. C. C. (2008). Factors Related to Perceived Needs of Primary Caregivers of Patients with Schizophrenia. **Journal Of the Formosan Medical Association** 107(8): 664 – 652.
- Yusuf, Nuhu. (2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of Patients With schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 46: 11-16.

Zubin, J., and Spring, B. (1997). Vulnerability-A new view of Schizophrenia. **Journal of Abnormal Psychology**.86:103-126.

Zygmunt, A., Olfson, M.,Boyer, C.A., and Mechanic, D. (2002). Intervention to improve medication adherence in schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**. 159, 1653-1664.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|---|---|
| 1. อาจารย์ มยุรี เจริญศรี | <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
รองผู้อำนวยการฝ่ายส่งเสริมวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์</p> |
| อุบลราชธานี | |
| 2. อาจารย์เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ | <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี</p> |
| 3. แพทย์หญิงฉวีพร สกุลแพทย์
นครินทร์ | <p>จิตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราช</p> |
| 4. นางทูลภา จันทรทรง | <p>ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์</p> |
| 5. นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด | <p>ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี</p> |

ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

$$CVI = \frac{4}{4} = 1.00$$

4

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา

$$CVI = \frac{38}{40} = .95$$

40

3. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้ในการเผชิญปัญหา

$$CVI = \frac{19}{20} = .95$$

20

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขตลอดมาโดยพบประมาณ ร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมการตัดสินใจ และความบกพร่องทางหน้าที่การงาน และสังคม (WHO, 2010) ส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ และสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป มีความพร่องในการทำหน้าที่ประจำวัน (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552)

.
.

.

.

การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินผลโดยตรงหลังเสร็จสิ้นในแต่ละกิจกรรม โดยการสังเกตและผลของการทำใบงานในแต่ละกิจกรรม ประเมินความสนใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เกณฑ์การประเมินผลจากความสนใจและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม หากผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินว่าไม่ผ่าน ผู้วิจัยใช้วิธีถาม -ตอบกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และอธิบายเพิ่มเติม พร้อมทั้งสรุปให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยฟังอีกครั้ง

2. วิเคราะห์ผลการใช้กิจกรรมโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป และใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test และ Independent t-test

ตัวอย่างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีดำเนินการ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิก และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง รวมทั้งเป็นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้เกิดความคุ้นเคย และความไว้วางใจ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่ม การปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	<p>1. การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>2. วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม หลักปฏิบัติสำหรับการเป็นสมาชิกกลุ่ม ประโยชน์ที่ได้จากการเข้ากลุ่ม</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	<p>1. ผู้นำกลุ่มจัดให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม เพื่อให้สามารถเห็นหน้ากันได้ทุกคน</p> <p>2. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเอง และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	<p>1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม</p> <p>2. สังเกตจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกลุ่ม</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>

เกณฑ์การประเมินผล

1. สังเกตจากพฤติกรรม การแสดงความคิดเห็น การมีส่วนร่วมของสมาชิก
2. สังเกตจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกลุ่ม

ตัวอย่างเนื้อหาในกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ครั้งที่ 1

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการให้ความช่วยเหลือสมาชิก โดยที่สมาชิก เข้าร่วมกลุ่มเพื่อพบปะ พูดคุย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเคารพ การยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาร่วมกลุ่มด้วย ในกระบวนการกลุ่ม สมาชิกเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความร่วมมือในกิจกรรมกลุ่ม การไว้วางใจผู้อื่น การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เรียนรู้ที่จะสามารถเผชิญกับปัญหาของตนเองได้ โดยที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและเผชิญปัญหาพร้อมกัน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

.
.

.

.

.

.

การเผชิญปัญหา (Coping)

ความสามารถในการเผชิญปัญหา หมายถึง การที่บุคคลพยายามใช้ทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียดของจิตใจ หรือคลี่คลายปัญหาลง เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ

กระบวนการเผชิญปัญหา

กระบวนการเผชิญปัญหา ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า (Event or Stressor) การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) และการเผชิญปัญหา (Coping) เป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า (Event or Stressor) เป็นสิ่งที่มากระตุ้นหรือมาคุกคาม ทำให้ความต้องการไม่เป็นดังที่คาดหวัง บุคคลจะพยายามใช้ความสามารถในการชนะสิ่งที่มาคุกคาม เพื่อควบคุมร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า นั้นแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

1.1 สิ่งเร้าที่รุนแรง หมายถึงสถานการณ์ หรือสิ่งเร้า นั้นเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือรุนแรง ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย การได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

1.2 ผลของสถานการณ์ความเครียดต่างๆ เช่นการสูญเสีย การย้ายที่อยู่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ เช่น การเปลี่ยนงาน การแต่งงาน หรือการหย่าร้าง เป็นต้น

1.3 สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เช่น สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความกดดันของบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

2. การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) การประเมินสถานการณ์นี้เป็นการประเมินทางสติปัญญา (Cognitive Appraisal) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่ โดยการประเมินสถานการณ์ นั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเองบ้าง และจะเผชิญเหตุการณ์นั้นด้วยกลวิธีใด ซึ่งแบ่งเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) และขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal)

2.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เมื่อเผชิญสถานการณ์ต่างๆ บุคคลจะใช้ความสามารถทางสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ในการประเมินสถานการณ์นั้นว่า สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง ถ้าประเมินขั้นที่หนึ่งแล้วบุคคลตัดสินใจว่า สิ่งแวดล้อมนั้นมีสิ่งเป็นอันตรายกับตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่า อันตรายอยู่ในระดับใด ซึ่งแบ่งออกได้ 3 แบบ คือ

2.1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าตนเอง เหตุการณ์ไม่ได้รับผลจากเหตุการณ์นั้น หรือไม่มีสิ่งสูญเสียจากเหตุการณ์นั้น

2.1.2 ได้รับความประโยชน์ (Benign/positive) คือการที่บุคคลประเมินว่า จะได้รับผลดีหรือประโยชน์จากสิ่งที่ต้องเผชิญ ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเป็นด้านบวก เช่น มีความสุข สดชื่น ร่าเริง เป็นต้น หากบุคคลประเมินค่าในลักษณะนี้แล้วจะไม่ก่อให้เกิดความเครียด จึงไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น

2.1.3 สถานการณ์นั้นๆ เป็นความตึงเครียด (Stressful) ซึ่งการประเมินแบบนี้แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- เป็นอันตรายหรือความสูญเสีย (Harm or loss) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนเองหรือเกิดผลในทางลบ เช่น อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย หดความสามารถ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความสำนึกในคุณค่าของตนเอง

- การคุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือเหตุการณ์นั้นจะทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากตามมา

- การท้าทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินใจว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตราย แต่คาดการณ์ว่าตนสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ มีลักษณะคล้ายกับ การคุกคาม ต่างกันคือการประเมินว่าเป็นการทำเช่นนั้นจะมีจุดมุ่งหมายในทางที่ดีมีความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีชีวิตชีวา ในขณะที่การคุกคามนั้น จะเน้นบนอันตรายที่เกิดขึ้น และมีท่าทีในทางกลัว โกรธ สิ้นหวัง กังวล

ตัวอย่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คู่มือ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

สำหรับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

รัตนา พันจ้อย

นิติตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ในช่อง ()

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 20-34 ปี 35-44 ปี 45-54 ปี 55-59 ปี
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

<input type="checkbox"/> บิดา	<input type="checkbox"/> มารดา	<input type="checkbox"/> บุตร	<input type="checkbox"/> พี่
<input type="checkbox"/> น้อง	<input type="checkbox"/> สามี	<input type="checkbox"/> ภรรยา	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ...
4. ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ปี	<input type="checkbox"/> 1-5 ปี	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> 11-15 ปี
<input type="checkbox"/> มากกว่า 15 ปีขึ้นไป			

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในขณะที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0. ไม่เคย หมายถึง โดยทั่วไปฉันจะไม่ทำอย่างนั้นเลย
1. นานๆ ครั้ง หมายถึง โดยทั่วไปฉันจะทำอย่างนั้นบ้างเล็กน้อย
2. บางครั้ง หมายถึง โดยทั่วไปฉันจะทำอย่างนั้นในระดับปานกลาง
3. บ่อยครั้ง หมายถึง โดยทั่วไปฉันจะทำอย่างนั้นเป็นส่วนมาก

ข้อที่	เมื่อท่านต้องเผชิญปัญหา	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1	ท่านกังวลถึงปัญหานั้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้				
2	เมื่อมีสิ่งใดมาคุกคาม ที่ทำให้รู้สึกโกรธ ท่านแสดงอารมณ์โกรธนั้นออกมาทันที				
3	.....	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....	.....
40	ท่านพยายามใช้อารมณ์ขัน				

ภาคผนวก ง
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 163/2555

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 131.1/55 : ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ผู้วิจัยหลัก : นางรัตนา พันจวบ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิพนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 6 พฤศจิกายน 2555

วันหมดอายุ : 5 พฤศจิกายน 2556

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย..... 131.1/55
- 6 พ.ย. 2555
วันที่รับรอง.....
- 5 พ.ย. 2556
วันหมดอายุ.....

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ภาคผนวก จ
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางรัตนา พันจวบ

ที่อยู่ติดต่อ 133 หมู่ 3 ต. ท้าพรช อ. ตาพระยา จ. สระแก้ว

โทรศัพท์ 037-243451

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยได้
อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจ
เป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพ
ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การแนะนำการปฏิบัติตัวการผ่อนคลายความเครียด รวมทั้ง
ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และตอบแบบสอบถามความรู้ในการเผชิญปัญหาและการ
ประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ใช้เวลา 15
นาที ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้ง
เหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่
1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147,0-2218-8141 โทรสาร 0-2217-8147 E-mail:
eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางรัตนา พันจอย)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางรัตนา พันจอย

ที่อยู่ติดต่อ 133 หมู่ 3 ต. ทพรราช อ. ตาพระยา จ. สระแก้ว

โทรศัพท์ 089-5190138

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถาม ความรู้ในการเผชิญปัญหาและการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ใช้เวลา 15 นาที และจะต้องเข้าร่วม โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ซึ่งในการร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการบันทึกคำตอบและมีการแสดงความคิดเห็นในกระดาษ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกเผาทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่

1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 , 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:
eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางรัตนา พันจูย)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัยผลของ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางรัตนา พันจ้อย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุศเวียง ตำบลตาพระยา อำเภอตา
พระยา จังหวัดสระแก้ว (ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 133 หมู่ที่ 3 ตำบลทัพราช อำเภอตาพระยา จังหวัด
สระแก้ว โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 037-243451 โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 089 – 5190138 E-mail : rattan.saw@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน
การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้
ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นโครงการศึกษา ผลของ โปรแกรมการให้คำปรึกษา แบบกลุ่มต่อ
ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือ
เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-1.99 เป็นบิดา
หรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับ
ผู้ป่วยจิตเภท และเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่าง
สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัล
ใด ๆ มีอายุระหว่าง 20- 59 ปีทั้งชายและหญิง สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และยินยอมเข้า
ร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม
จำนวน 20 ราย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการจัดการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพในสังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอตาพระยา จัดบริการผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตาม

ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวการผ่อนคลาย
ความเครียด รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) กระบวนการที่ผู้ให้การปรึกษา ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล มี
ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เพื่อช่วยให้สมาชิกได้สำรวจตนเอง เข้าใจ ยอมรับ
ตนเองและสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง สามารถตัดสินใจร่วมกันแก้ไขปัญหา และเรียนรู้
ที่จะนำความคิดหรือประสบการณ์จากกลุ่มด้วยการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่าง
เหมาะสม ตามแนวคิดของ Mahler (1969) และอรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) การเข้าร่วม โครงการ
ในครั้งนี้ท่านต้องยินยอมตอบแบบสอบถามและประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะ
ประเมินก่อนและหลังการเข้ากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที และในการร่วมกิจกรรมแต่ละ
ครั้งจะมีการบันทึกคำตอบและมีการแสดงความคิดเห็นในกระดาษ และมีการเปิดเผยอารมณ์/
ความรู้สึกในการเข้าร่วมกลุ่มย่อย ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดย
ดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1½ – 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นก่อตั้งกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกับสมาชิกและระหว่าง
สมาชิกด้วยกันเอง รวมทั้งสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจต่อกลุ่ม และมีการ
เปิดเผยตนเองมากขึ้น โดยเน้นสาระของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินถึงสาเหตุที่
ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยได้รับข้อมูลและแนวทางในการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นการประเมินสิ่งเร้า
หรือเหตุการณ์ที่มากระทบ ให้สมาชิกเรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาโดยการมุ่งเน้นการแก้ปัญหา
มากกว่าอารมณ์ และเน้นให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง กล่าวเผชิญความจริงและ
เกิดกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นดำเนินงาน สมาชิกสำรวจปัญหาที่แท้จริง ต้องลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่
กิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ ในขั้นนี้จะทำให้สมาชิกมีความสามารถในการที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น
ไม่หลีกเลี่ยงหรือหนีที่จะเผชิญกับปัญหา คือพยายามแก้ไขที่ตัวของปัญหาโดยการวางแผนตั้งเป้าหมาย
กระทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อแก้ปัญหาหรือมุ่งแก้ไขที่ตนเอง กล่าวเผชิญความจริง เกิดความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเองเกิดกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเผชิญปัญหาและ
แก้ไขปัญหาของตน ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการแก้ไขและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ในขั้นนี้สมาชิกเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรม มีแนวทาง
ในการเผชิญปัญหาของตนและนำไปปฏิบัติได้ เตรียมตัวที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ให้เหมาะสมใน
ชีวิตประจำวัน โดยเน้นให้สมาชิกสามารถตัดสินใจและวางแผนการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม โดย
นำเอารูปแบบความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งแบบการมุ่งเน้นการแก้ปัญหา และอารมณ์มาใช้
ร่วมกันอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองสร้าง
ความแข็งแกร่งในการจัดการกับปัญหา ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการ ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สนับสนุนให้สมาชิกได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ได้แสดงออกและใช้พลังความคิดเห็นของกลุ่มและการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสภาพปัญหาต่างๆ เพื่อให้สมาชิกได้พัฒนาความเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อม พัฒนาความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหา การมองโลกในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์ ดึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ การใช้การประคับประคองและการพึ่งพา และมี ความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และจะมีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ทำหน้าที่จดบันทึกขณะทำกลุ่ม

7. การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสำหรับผู้ดูแลที่เข้าร่วมโครงการทั้งที่ผ่านการคัดกรองและไม่ผ่านการคัดกรอง หรือผ่านการคัดกรองแต่จับคู่ไม่ได้ การเดินทางจะมีรถรับ -ส่ง มาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุฎเวียง และมีค่าทดแทนการเสียเวลาคนละ 100 บาท

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ดูแล แต่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ ไปใช้เป็นแนวทางในดูแลกลุ่มควบคุมหรือผู้ดูแลที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ได้

9. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและดูแลผู้ป่วยในชุมชน

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งการเดินทางจะมีรถรับ -ส่ง มาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีค่าทดแทนการเสียเวลาคนละ 100 บาท

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

ภาคผนวก ฉ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 8 ตารางแสดงคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายคน

คนที่	คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	57	95	49	55
2	47	93	47	48
3	48	94	45	47
4	47	93	49	49
5	46	97	44	53
6	47	98	42	62
7	45	97	44	44
8	46	91	47	47
9	45	96	42	45
10	46	99	45	47
11	45	96	43	49
12	46	90	45	47
13	46	97	46	46
14	46	97	46	48
15	46	98	43	43
16	43	99	46	46
17	46	97	44	48
18	48	98	45	48
19	46	102	46	49
20	50	98	45	48

ตารางที่ 9 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและ หลังการทดลองแยกรายข้อ (กลุ่มทดลอง)

คำถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. เมื่อมีปัญหาท่านจะกังวลถึงปัญหานั้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้	0.15	0.36	ไม่ดี	2.10	0.31	ดี
2. เมื่อมีสิ่งใดมาคุกคาม ที่ทำให้รู้สึกโกรธท่าน จะแสดงอารมณ์โกรธนั้นออกมาทันที	0.85	0.49	ไม่ดี	2.95	0.22	ดี
3. ท่านระบายอารมณ์เครียดด้วยการกระทำบางอย่างในลักษณะที่รุนแรง	0.95	0.39	ไม่ดี	3.00	0.00	ดี
4. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักคิดว่าเป็นความผิดของตนเอง	1.05	0.88	พอใช้	2.65	0.74	ดี
5. เมื่อรู้สึกเครียดจะรับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลงกว่าเดิม	0.70	1.08	ไม่ดี	1.40	0.88	พอใช้
6. เมื่อเครียด ท่านจะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้กำลังกาย	0.65	1.08	ไม่ดี	2.85	0.48	ดี
7. ท่านใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การฝึกหายใจ การนวด	0.45	0.99	ไม่ดี	2.85	0.67	ดี
8. ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การฝึกหายใจ การนวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	1.15	0.67	พอใช้	2.85	0.67	ดี
9. เป็นเมื่อเครียดท่านจะผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมอื่น	0.20	0.41	ไม่ดี	2.80	0.69	ดี
10. เมื่อเครียด ท่านจะพูดคุยปรึกษาปัญหากับคนในครอบครัวหรือเพื่อน	1.15	0.67	พอใช้	2.80	0.52	ดี

ตารางที่ 9 (ต่อ)

คำถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
11. ปรึกษาปัญหา กับพยาบาลผู้ที่ รับผิดชอบหรือ บุคลากรทาง สาธารณสุข	0.20	0.41	ไม่ดี	2.50	0.60	ดี
12. พุดคุยปรึกษาปัญหากับคนใน ครอบครัวหรือเพื่อน	0.20	0.69	ไม่ดี	2.50	0.60	ดี
13. การพุดคุยกับคนที่มีปัญหาคล้าย ตัวเราทำให้น่าข้อคิดเห็นมาใช้กับ ตนเองได้	1.10	0.44	พอใช้	2.65	0.74	ดี
14. เป็น คัมเครื่องคัมที่มีส่วนผสม ของแอลกอฮอล์	0.60	0.50	ไม่ดี	1.20	0.69	พอใช้
15. ท่านมัก เก็บความรู้สึกที่เป็น ปัญหาไว้ในใจ	2.25	0.55	ดี	1.40	0.82	พอใช้
16. ท่าน พยายามทำหน้าที่ของ ตนเองตามปกติ และทำให้ดีที่สุด	1.15	0.48	พอใช้	2.80	0.61	ดี
17. ท่านเลือกที่จะคิดแก้ปัญหาด้วย ตนเองบ่อยๆ	2.60	0.82	ดี	3.00	0.00	ดี
18. ท่านคิดถึงวิธีที่เคยใช้ในการ จัดการกับปัญหาในอดีตได้สำเร็จ	0.85	0.48	ไม่ดี	3.00	0.00	ดี
19. ท่านมีความเชื่อว่าปัญหาทุก อย่างมีทางแก้ไขได้	0.90	0.64	ไม่ดี	3.00	0.00	ดี
20. ปรับปรุงวิธีการแก้ปัญหาของ ตนเองเพื่อพยายามจัดการกับปัญหา	0.35	0.74	ไม่ดี	3.00	0.00	ดี
21. ท่าน พยายามควบคุม ม สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาให้ได้	0.35	0.74	ไม่ดี	2.95	0.22	ดี

ตารางที่ 9 (ต่อ)

คำถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
22. ท่านคิดหาวิธีที่จะแก้ไขปัญหา หลายๆ วิธี	1.05	0.51	พอใช้	3.00	0.00	ดี
23. ท่านพิจารณาไตร่ตรองว่าควร ทำอะไรบ้าง	0.95	0.39	ไม่ดี	3.00	0.00	ดี
24. ท่านพยายามค้นหาข้อมูล เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น	1.10	0.44	พอใช้	3.00	0.00	ดี
25. ท่านพยายามจัดการกับปัญหา ไปที่ละเรื่อง และเป็นขั้นตอน	1.10	0.55	พอใช้	3.00	0.00	ดี
26. เป็น กำหนดแนวทางการ แก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง	0.25	0.78	ไม่ดี	2.90	0.30	ดี
27. ท่านเรียนรู้วิธีการใหม่เพื่อที่จะ จัดการกับปัญหา	0.85	0.48	ไม่ดี	2.90	0.30	ดี
28. ท่านพยายามปรับเปลี่ยน สถานการณ์ให้ดีขึ้นเมื่อเกิด เหตุการณ์เฉพาะหน้าที่รุนแรง เกิดขึ้น	0.95	0.68	ไม่ดี	3.00	0.00	ดี
29. เมื่อรู้สึกไม่พอใจ จะพยายาม ควบคุมความรู้สึก	0.15	0.36	ไม่ดี	3.00	0.00	ดี
30. ท่าน พยายามแก้ปัญหาโดย วิธีการประนีประนอม	1.05	0.22	พอใช้	3.00	0.00	ดี
31. ท่านบอกตนเองว่า สิ่งต่างๆ ใน โลกนี้ ถูกกำหนดไว้แล้ว เราไม่ สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้	1.90	.44	พอใช้	3.00	0.00	ดี
32. ท่านชอบ ขอความช่วยเหลือ จากบุคคลอื่น	0.65	0.58	ดี	1.15	0.58	พอใช้

ตารางที่ 9 (ต่อ)

คำถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
33. ท่าน หวังว่าปัญหาจะคลี่คลาย ในทางที่ดีขึ้น	0.20	0.52	ไม่ดี	2.85	0.67	ดี
34. พยายามดำเนินชีวิตให้เป็นปกติ เท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ปล่อยให้ ปัญหามีอิทธิพลต่อชีวิต	1.05	0.22	พอใช้	3.00	0.00	ดี
35. รับประทานยาคลายเครียดทันที ที่เกิดปัญหา	0.30	0.73	ไม่ดี	0.90	0.30	ไม่ดี
36. ท่าน พยายามที่จะมอง สถานการณ์ในด้านดี	1.05	0.22	พอใช้	3.00	0.00	ดี
37. ท่านบอกตัวเองว่าไม่ต้องกังวล เพราะทุกสิ่ง จะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น	0.20	0.52	ไม่ดี	2.95	0.22	ดี
38. ท่าน คิดถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นใน ชีวิตของตน	1.05	0.22	พอใช้	3.00	0.00	ดี
39. ท่านเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน	0.30	0.65	ไม่ดี	1.45	0.88	พอใช้
40. ท่านพยายามใช้อารมณ์ขัน	1.20	0.52	พอใช้	3.00	0.00	ดี

ตารางที่ 10 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา ก่อนและ หลังการทดลองแยกรายข้อ (กลุ่มควบคุม)

คำถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. เมื่อมีปัญหาท่านจะกังวลถึงปัญหานั้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้	1.55	0.60	พอใช้	2.80	0.52	ดี
2. เมื่อมีสิ่งใดมาคุกคาม ที่ทำให้รู้สึกโกรธท่าน จะแสดงอารมณ์โกรธนั้นออกมาทันที	1.50	0.51	พอใช้	2.15	0.49	ดี
3. ท่านระบายอารมณ์เครียดด้วยการกระทำบางอย่างในลักษณะที่รุนแรง	1.45	0.51	พอใช้	2.20	0.41	ดี
4. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มักคิดว่าเป็นความผิดของตนเอง	1.50	0.51	พอใช้	2.85	0.36	ดี
5. เมื่อรู้สึกเครียดจะรับประทานอาหารมากขึ้นหรือน้อยลงกว่าเดิม	0.30	0.73	ไม่ดี	2.75	0.78	ดี
6. เมื่อเครียด ท่านจะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้กำลังกาย	1.00	0.46	พอใช้	1.10	0.30	พอใช้
7. ท่านใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด เช่นการฝึกหายใจ การนวด	0.40	0.60	ไม่ดี	0.20	0.52	ไม่ดี
8. ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด เช่น การฝึกการหายใจ การนวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	0.40	0.50	ไม่ดี	0.35	0.67	ไม่ดี
9. เป็นเมื่อเครียดท่านจะผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมอื่น	0.50	0.51	ไม่ดี	0.30	0.47	ไม่ดี
10. เมื่อเครียด ท่านจะพูดคุยปรึกษาปัญหากับคนในครอบครัวหรือเพื่อน	0.80	0.41	ไม่ดี	0.95	0.22	ไม่ดี

ตารางที่ 10 (ต่อ)

คำถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
22. ท่านคิดหาวิธีที่จะแก้ไขปัญหา หลายๆ วิธี	0.75	0.55	ไม่ดี	1.00	0.32	พอใช้
23. ท่านพิจารณาไตร่ตรองว่าควร ทำอะไรบ้าง	0.80	0.41	ไม่ดี	0.95	0.22	ไม่ดี
24. ท่านพยายามค้นหาข้อมูล เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น	0.80	0.52	ไม่ดี	1.05	0.22	พอใช้
25. ท่านพยายามจัดการกับปัญหา ไปที่ละเรื่อง และเป็นขั้นตอน	0.75	0.44	ไม่ดี	0.85	0.36	ไม่ดี
26. เป็นกำหนดแนวทางการ แก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง	0.30	0.47	ไม่ดี	0.20	0.52	ไม่ดี
27. ท่านเรียนรู้วิธีการใหม่เพื่อที่จะ จัดการกับปัญหา	0.85	0.36	ไม่ดี	0.90	0.30	ไม่ดี
28. ท่านพยายามปรับเปลี่ยน สถานการณ์ให้ดีขึ้นเมื่อเกิด เหตุการณ์เฉพาะหน้าที่รุนแรง เกิดขึ้น	0.90	0.30	ไม่ดี	1.00	0.32	ไม่ดี
29. เมื่อรู้สึกไม่พอใจ จะพยายาม ควบคุมความรู้สึก	0.40	0.50	ไม่ดี	0.25	0.44	ไม่ดี
30. ท่าน พยายามแก้ปัญหาโดย วิธีการประนีประนอม	0.85	0.30	ไม่ดี	0.95	0.39	ไม่ดี
31. ท่านบอกตนเองว่า สิ่งต่างๆ ใน โลกนี้ ถูกกำหนดไว้แล้ว เราไม่ สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้	1.65	0.58	พอใช้	1.80	0.41	พอใช้
32. ท่านชอบ ขอความช่วยเหลือ จากบุคคลอื่น	0.55	0.94	ไม่ดี	2.55	0.79	ดี

ตารางที่ 10 (ต่อ)

คำถาม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
33. ท่าน หวังว่าปัญหาจะคลี่คลาย ในทางที่ดีขึ้น	0.60	0.82	ไม่ดี	0.20	0.41	ไม่ดี
34. พยายามดำเนินชีวิตให้เป็นปกติ เท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ปล่อยให้ ปัญหามามีอิทธิพลต่อชีวิต	0.75	0.44	ไม่ดี	0.90	0.30	ไม่ดี
35. รับประทานยาคลายเครียดทันที ที่เกิดปัญหา	0.40	0.75	ไม่ดี	2.70	0.57	ดี
36. ท่าน พยายามที่จะมอง สถานการณ์ในด้านดี	1.05	0.51	พอใช้	1.00	0.00	พอใช้
37. ท่านบอกตัวเองว่าไม่ต้องกังวล เพราะทุกสิ่ง จะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น	0.25	0.44	ไม่ดี	0.20	0.41	ไม่ดี
38. ท่านคิดถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นใน ชีวิตของตน	1.05	0.51	พอใช้	1.00	0.00	พอใช้
39. ท่านเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน	0.45	0.68	ไม่ดี	0.45	0.68	ไม่ดี
40. ท่านพยายามใช้อารมณ์ขัน	0.85	0.36	ไม่ดี	1.30	0.65	พอใช้

ตารางที่ 11 คะแนนความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

คนที่	คะแนนความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	ร้อยละ
1	19	95
2	19	95
3	20	100
4	19	95
5	20	100
6	19	95
7	19	95
8	19	95
9	18	90
10	20	100
11	18	90
12	19	95
13	19	95
14	19	95
15	19	95
16	19	95
17	20	100
18	19	95
19	20	100
20	20	100

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 ต่ำสุดเท่ากับ 18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 12 ตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Two-Sample T-Test Power Analysis Allocation

Power	N1	N2	Ratio	Alpha	Beta	Mean1	Mean2	S1	S2
0.80184	21	21	1.00	0.01000	0.19816	63.85	72.70	16.55	16.55
0.80074	16	16	1.00	0.05000	0.19926	63.85	72.70	16.55	16.55

จากตารางที่ 12 พบว่า เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

ภาคผนวก ข
ตารางการวิเคราะห์ความถี่ของเครื่องมือ

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Delete	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach ' Alpha If Item Deleted
No.1	80.2667	185.9264	.3790	.9034
No.2	80.5333	184.6713	.4497	.9026
No.3	80.5667	179.7023	.4763	.9021
No.4	80.7000	186.9069	.3514	.9037
No.5	80.3000	185.2517	.3915	.9032
No.6	80.3667	185.6195	.3591	.9036
No.7	80.6333	182.5161	.4510	.9024
No.8	80.9000	187.7483	.3692	.9036
No.9	80.5000	185.3261	.3920	.9032
No.10	80.5333	182.3954	.4667	.9022
No.11	80.7667	183.9092	.4658	.9023
No.12	80.4000	180.9397	.4869	.9019
No.13	80.2667	185.7195	.3581	.9036
No.14	80.2667	186.6851	.3715	.9035
No.15	80.8333	185.0402	.4223	.9029
No.16	80.6333	185.2057	.3733	.9035
No.17	80.6667	185.8161	.3929	.9032
No.18	80.6667	183.1954	.4355	.9027
No.19	80.7667	182.6678	.4351	.9027
No.20	80.6000	181.8345	.4013	.9034
No.21	80.3000	185.5276	.3762	.9034
No.22	80.7333	185.1678	.3739	.9034
No.23	80.5333	184.1885	.4388	.9026
No.24	80.6667	187.1264	.3515	.9037
No.25	80.2333	184.8747	.3340	.9043
No.26	80.4000	185.2828	.3587	.9037

	Scale Mean if Item Delete	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach ' Alpha If Item Deleted
No.27	80.7667	182.6678	.4351	.9027
No.28	80.3333	182.4368	.4830	.9020
No.29	80.3000	182.4931	.4714	.9022
No.30	80.2667	182.6161	.4312	.9027
No.31	80.8333	186.3506	.3184	.9041
No.32	80.6667	182.0290	.4356	.9027
No.33	80.7000	183.4586	..4416	.9026
No.34	80.7000	186.4931	.3774	.9034
No.35	80.2667	182.6161	.4312	.9027
No.36	80.7000	184.8379	.3720	.9035
No.37	80.7667	182.6678	.4351	.9027
No.38	80.6333	184.1023	.4681	.9023
No.39	80.8667	185.1540	.3765	.9034
No.40	80.7000	186.9759	.3471	.9037

Reliability Statistics

Cronbach ' Alpha	N of Item
.9051	40

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางรัตนา พันจอย เกิดเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2522 ที่จังหวัดสระแก้ว สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จังหวัดชลบุรี เมื่อปี
การศึกษา 2545 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) จากมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตองค์กรักษ์ เมื่อปีการศึกษา 2549 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศา
สตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลกุดเวียง อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว