

ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะการดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ศศิธร บัวผัน พย.บ*, ชนัดดา แหนบเกษร Ph. D.** , ดวงใจ วัฒนสินธุ์ Ph. D.***

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติในหลายด้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการเป็นภาระส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา จึงควรได้รับการดูแลประคับประคองจิตใจ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 24 คน ถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะการดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนื่องจาก กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองช่วยลดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยายามด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ควรประยุกต์ใช้กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อลดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง/ภาวะการดูแล/ภาวะซึมเศร้า/ผู้ดูแลผู้ป่วย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา

Effects of Group Supportive Psychotherapy on Burden and Depression Among Caregivers of Patients With Schizophrenia

Sasitorn Buaphun, RN.*, Chanudda Nabkasorn Ph.D.**, Duangjai Vatanasin Ph.D.***

Abstract

Schizophrenia is a psychiatric disorder in several aspects. Caregivers must to provide the continuous of care. Caregivers are fell to burden and effect to depression followed. They should be receives supportive group psychotherapy. Purpose of this quasi-experimental study was to examine effects of group supportive psychotherapy on burden and depression among caregivers of patients with schizophrenia. Samples were 24 caregivers of patients with schizophrenia who met inclusion criteria. They were assigned into either experimental (n = 12) or control (n = 12) group by simple random sampling. Control group received a routine nursing care. The research instruments were The Personal data record, The Burden Inventory and Beck Depression Inventory were used for data collection and the experimental instrument was group supportive psychotherapy program. Descriptive statistics, independent t-test, analysis of covariance, and repeated measure analysis of variance having multiple comparison by Bonferroni test were employed for data analysis.

The results from this study can be summarized as follows: the mean scores of burden and depression. In the experimental were significantly lower than the control groups at post-test and 1-month follow-up were significant difference ($p < .05$). In the experimental group the mean scores of burden and depression in post-test and 1-month follow-up were significantly lower than the control groups. ($p < .05$). Group supportive psychotherapy could reduce burden and depression among caregivers of patients with schizophrenia. Thus, psychiatric and mental health nurses would apply this group supportive psychotherapy to reduce burden and depression among different kinds of patients' caregivers.

Keyword : Group supportive psychotherapy, Burden, Depression, Caregivers

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ และร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยจิตเภทจึงเกิด

ความเสื่อมถอยเรื้อรังทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ขาดความสนใจในสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำหน้าที่ด้านกรงาน หรือการเรียนบกพร่อง บางรายมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน อาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง

* Nursing Department Banna Hospital. Nakhon Nayok Province.

** Faculty of Nursing Burapha University.

*** Faculty of Nursing Burapha University

มักทำให้ผู้ดูแลเดือดร้อนและทุกข์ใจในการดูแล ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผู้ป่วย และนำผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมถอยทางจิตใจและหน้าที่ทางสังคม เช่น ไร้อารมณ์เฉื่อยชา ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยมีอาการกลับป่วยซ้ำต้องกลับเข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ ทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศโดยรวม และที่สำคัญที่สุดการกลับป่วยซ้ำยังก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องสังเกตอาการผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักซึ่งต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต่อจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อจากโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกของครอบครัวที่รับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท² ผู้ดูแลหลักจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ทำให้ต้องใช้เวลา แรงงาน ในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลหลักจึงเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ขาดอิสระและรู้สึกอึดอัด ในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยและพาผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลไม่ใช่เป็นสิ่งที่ปรารถนาและเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย³ การดูแลต้องทุ่มเททั้งร่างกาย และแรงใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ⁴ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมา⁵ ซึ่งจะส่งผลทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีประสิทธิภาพได้ แลผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเกิดอาการทางจิตกำเริบ หรือเจ็บป่วยซ้ำได้⁶

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีวิธีการและรูปแบบในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและในชุมชน⁷ ซึ่งกลุ่ม

จิตบำบัดแบบประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom⁸ เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถช่วยลดภาระการดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคมะเร็ง⁹ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นวิธีการบำบัดวิธีหนึ่งของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช¹⁰ รวมทั้งช่วยประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย และช่วยลดภาระงานของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้

ผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กอปรกับทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสนใจสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow-up)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นผู้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือมารับยาแทน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 24 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

2. มีภูมิลาเนาที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

3. ฟัง พูด อ่านและเขียน ภาษาไทยได้เข้าใจ

4. มีคะแนนภาวะซึมเศร้า จากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck¹¹ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 11-20 คะแนน

5. ยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้และสามารถเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองตามที่กำหนดไว้ จำนวน 8 ครั้ง (90 นาที/ครั้ง/ 2 ครั้ง/สัปดาห์)

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย และจิตใจที่เกิดขึ้นเฉียบพลันไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองได้

2. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่องครบ 8 ครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่ง Polit and Hunger¹² ได้กำหนดไว้ว่าการวิจัยกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่าง 20-30 คน โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น จำนวน 24 คน โดยการสุ่มเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน แบบการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยกำหนดให้ “เลขคู่” เป็นกลุ่มควบคุม และ “เลขคี่” เป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเพื่อลดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Yalom ทดสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ

0.93 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนโดยมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแล

2.2 แบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 24 ข้อ สำหรับประเมินภาวะเชิงปรนัยซึ่งเป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของชีวิตของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด และประเมินภาวะเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก 1 ข้อ และข้อความทางลบ 11 ข้อ โดยนพรัตน์ ไชยธานี¹³ พัฒนามาจากแบบวัดภาวะของ Montgomery et al. นำมาทดลองใช้และหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.93 มีลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะการดูแลโดยรวม คะแนนทั้งหมด การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึงมีภาวะการดูแลมาก

2.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck เป็นแบบประเมินที่ได้มาตรฐาน แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)¹⁴ มีความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76-0.95 เป็นแบบประเมินที่ให้ตอบด้วยตนเอง มีทั้งหมด 21 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านจิตใจ 15 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย 6 ข้อ โดยข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมนิยามภาวะซึมเศร้าของ Beck ทั้งทางด้าน

อารมณ์ เนื้อหาความคิด และพฤติกรรม ได้นำไปทดลองใช้ และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.95 มีลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัด ประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน แปลผลค่าคะแนนที่ได้ดังนี้

ค่าคะแนนที่ได้	การแปลผล
1-10 คะแนน	หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ
11-16 คะแนน	หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
17-20 คะแนน	หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
21-30 คะแนน	หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก
31-63 คะแนน	หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วม การวิจัยด้วยความสมัครใจ

วิธีการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยระยะก่อนการทดลอง หลังการ ทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ทั้งในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ตามขั้นตอนดังนี้

1.1 กลุ่มทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน ที่ห้องทำงานจิต-สังคมบำบัด โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ในวันพุธและวันศุกร์ เพื่อขอความร่วมมือใน การประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท (Pre-test) พร้อมนัดหมายการเข้ากลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคองในครั้งต่อไป

ระยะการทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ทำกลุ่มจิตบำบัด แบบประคับประคอง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

การฝึกครั้งที่ 1 กิจกรรม “แรกพบสบตา พากัน สานฝัน” เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้นำกลุ่มและ สมาชิกกลุ่มโดยใช้กิจกรรมใบงาน แนะนำตนเอง บอกข้อดี ของตนเอง และจับคู่ทั้ง 12 คน พร้อมทั้งนำเสนอในกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะการทำงาน

การฝึกครั้งที่ 2 กิจกรรม “ความรู้ความเข้าใจ คือ หัวใจการดูแล” เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภทด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิต เภท โดยใช้กิจกรรมให้สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์ การดูแล ผู้ป่วยจิตเภท แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

การฝึกครั้งที่ 3 กิจกรรม “พูดดี ๆ มีคนเข้าใจ” เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมี ประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้และประสบ การณ์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท

การฝึกครั้งที่ 4 กิจกรรม “อารมณ์ดี ชีวิตสดใส” เพื่อ ให้สมาชิกสำรวจอารมณ์และความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยจิต เภท ได้ระบายความรู้สึกความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ปัญหา ต่าง ๆ โดยใช้กิจกรรมเพลงเพื่อให้สมาชิกกลุ่มสำรวจอารมณ์ ความรู้สึกตนเอง

การฝึกครั้งที่ 5 กิจกรรม “เข้าใจคุณ เพื่อสร้างทุน การดูแล” เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม อารมณ์และการแสดงออกที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้สมาชิกเล่าประสบการณ์อารมณ์ และความรู้สึกของ ตนเองเมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิตของผู้ป่วย รวมทั้งวิธี การจัดการกับอารมณ์ที่เป็นปัญหาของตนเอง

การฝึกครั้งที่ 6 กิจกรรม “มีเพื่อนร่วมคิด จิตเบิก บาน” เพื่อให้สมาชิกสำรวจความคิดทั้งด้านบวกและด้านลบ ของตนเอง และมีวิธีการจัดการความคิดทางลบของตนเอง โดย ให้สมาชิกสำรวจความคิดของตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ และฝึกทำกิจกรรมการผ่อนคลาย

การฝึกครั้งที่ 7 กิจกรรม “ทุกคนมีคุณค่า น่าภูมิใจ” เพื่อให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มอง ตนเองในด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของผู้อื่น โดยให้สมาชิก อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกการมีคุณค่าของ ตนเองและผู้อื่น

ระยะที่ 3 ระยะการยุติกลุ่ม

การฝึกครั้งที่ 8 กิจกรรม “ดูแลด้วยหัวใจ สร้าง สายใยในชุมชน” เพื่อให้สมาชิกมีเครือข่ายทางสังคม และได้ รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิต เภท โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งช่วย เหลือที่เคยได้รับ วิธีการติดต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องใน

การให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยปฏิบัติในระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ดังนี้

ในสัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง (Post-test)

ระยะติดตามผล ผู้วิจัยปฏิบัติในระยะติดตามผล ดังนี้

ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง (Follow up) นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

1.2 กลุ่มควบคุม

ระยะก่อนการทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน ที่แผนกจิต-สังคมบำบัด โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและภาวะซึมเศร้า (Pre test) ก่อนให้การพยาบาลตามปกติ

ระยะทดลอง พยาบาลประจำการแผนกจิต-สังคมบำบัด โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ให้การพยาบาลตามปกติ

ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

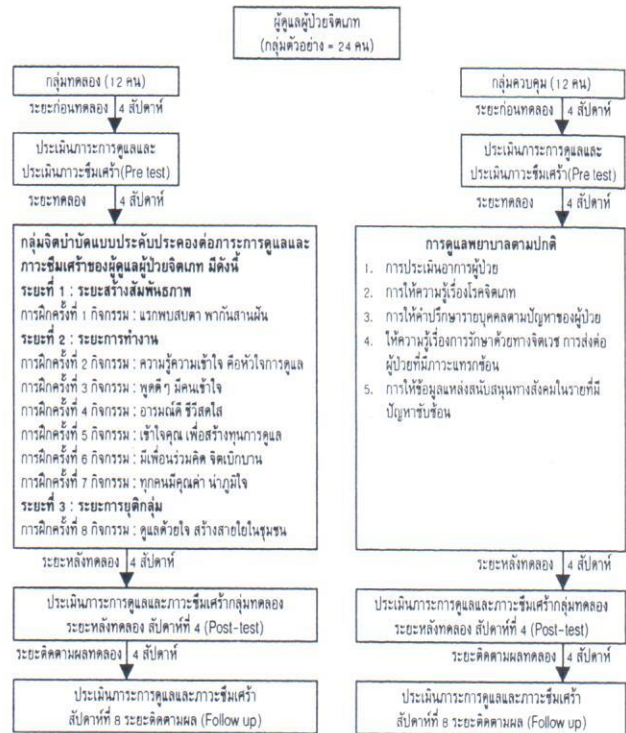
ในสัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

ระยะติดตามผล

ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง (Follow up) นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

หลังเสร็จสิ้นระยะติดตามผล และวิเคราะห์ข้อมูล

แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองให้กับกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ การดำเนินการวิจัยสามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนการดูแลและคะแนนภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางเมื่อมีการวัดซ้ำ (Two way repeated measure ANOVA) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำ (One way repeated measure ANOVA) เมื่อพบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะ

การดูแลและคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 40-49 ปี มีสถานภาพสมรสโสด ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา อาชีพเกษตรกร มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นพี่/น้อง มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 30-39 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา อาชีพเกษตรกร มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นพี่/น้อง มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี ได้ทำการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแล เท่ากับ 88.33 (SD = 3.74) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 18.33 (SD = 2.64) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแล เท่ากับ 93.58 (SD = 4.07) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 16.50 (SD = 2.47) ในระยะก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง

ตัวแปร	จำนวน	Mean	SD	MS	t	df	p-value
ภาวะการดูแล							
กลุ่มทดลอง	12	88.33	3.74	-5.25	-3.28	22	.003**
กลุ่มควบคุม	12	93.58	4.07				
ภาวะซึมเศร้า							
กลุ่มทดลอง	12	18.33	2.64	1.89	1.45	22	.20
กลุ่มควบคุม	12	16.50	3.47				

** $p < .01$

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติความแปรปรวนร่วมของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังจากควบคุมคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลก่อนการทดลองแล้วพบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

Source of variance	SS	df	MS	F	p-value
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที					
Covariate (ระยะก่อนการทดลอง)	64.59	1	64.59	4.03	.058
Between group (GR)	520.63	1	520.63	32.53	<.01**
Within group (error)	336.07	21	16.00		
Total					
ระยะติดตามผล					
Covariate (ระยะก่อนการทดลอง)	6.17	1	6.17	.49	.490
Between group (GR)	505.75	1	505.75	40.23	<.01**
Within group (error)	262.73	21	12.51		
Total					

** $p < .01$

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองพบว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
เวลา	1	11375.34	11375.34	746.60	<.01**
ความคลาดเคลื่อนภายในกลุ่ม	22	335.19	15.23	32.53	<.01**
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	982.52	491.26	97.05	<.01**
กลุ่มกับระยะเวลา	2	38.08	19.04	3.76*	.03*
ความคลาดเคลื่อน	44	222.72	5.06		

* $p < .05$ ** $p < .01$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำพบว่า ระยะเวลาก่อนการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ในระยะเวลาของการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแล					
เวลา	2	13626.50	6813.25	600.76	<.01**
ความคลาดเคลื่อน	22	249.50	11.34		
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า					
เวลา	2	686.22	343.11	67.53	<.01**
ความคลาดเคลื่อน	22	111.77	5.08		

** $p < .01$

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และ $p < .05$ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลา	Mean	ผลต่างของค่าเฉลี่ย	
		หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ภาวะการดูแล			
ก่อนการทดลอง	88.33	29.00**	47.25**
หลังทดลอง	59.33		18.25**
ระยะติดตามผล 1 เดือน	41.08		
ภาวะซึมเศร้า			
ก่อนการทดลอง	18.33	6.00**	10.67**
หลังทดลอง	12.33		4.67*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	7.66		

* $p < .05$ ** $p < .01$

วิจารณ์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มจิตบำบัดแบบปรับระดับประคองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถลดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายผลวิจัยได้ดังนี้ โดยกลุ่มจิตบำบัดแบบปรับระดับประคองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผู้วิจัยได้วางแผนและดำเนินการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบปรับระดับประคองเป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยใช้หลักการ “ที่นี่ และเดี๋ยวนี้” ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่เอื้ออำนวยการทำกลุ่มและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม และการทำกลุ่มแต่ละครั้งได้ใช้เทคนิคการทำกลุ่มโดยคำนึงถึงกระแสกลุ่มในช่วงเวลานั้นๆ ทำให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ และเป็นไปตามแผนของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบปรับระดับประคองในแต่ละครั้ง เริ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 แรกพบสบตา พากันसानฝัน ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้สร้างความคุ้นเคย สร้างบรรยากาศกลุ่มให้มีความเป็นกันเอง สมาชิกได้รอยยิ้ม และเสียงหัวเราะทำให้เกิดการผ่อนคลาย เกิดการเรียนรู้พันธภาพ กล้าเปิดเผย กิจกรรมที่ 2 “ความรู้ความเข้าใจ คือหัวใจการดูแล” ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สมาชิกได้กล่าวถึง ดังตัวอย่าง “ได้รู้สาเหตุและมีความรู้โรคจิตเภทมากขึ้น” กิจกรรมที่ 3 “พูดดี ๆ มีคนเข้าใจ” ช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังตัวอย่าง “พูดดี ๆ เขาก็ร่วมมือนะ” กิจกรรมที่ 4 “อารมณ์ดี ชีวิตสดใส” ช่วยให้ผู้ดูแลสำรวจอารมณ์ ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และจัดการอารมณ์ทางลบของตนเอง ดังตัวอย่าง “บางทีก็ท้อ แต่คิดว่าเขาเป็นน้องก็ทำให้เขาได้ทุกอย่าง” ถ้าเครียด ๆ ก็ไปเดินออกกำลังกายหรือออกไปเดินเล่น” “ใช้วิธีสวดมนต์เวลาที่เครียด” กิจกรรมที่ 5 “เข้าใจคุณค่าเพื่อสร้างทุนการดูแล” ช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ดังตัวอย่าง “จะเอาใจใส่ดูแลเขาให้มากขึ้น ต่อไปนี้จะไม่โมโหเขาอีก” “เวลาเขาฉุนเฉียว หงุดหงิด ก็จะไม่ต่อว่าเขาขณะนั้น” กิจกรรมที่ 6 “มีเพื่อนร่วมคิด จิตเบิกบาน” ทำให้ผู้ดูแลได้เข้าใจความคิดทางลบของตนเอง และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการจัดการความคิดทางลบของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังตัวอย่าง “ได้มีเพื่อนรับฟัง ใต้รับบาย” “ใคร ๆ ก็มี

ปัญหา” “ได้กำลังใจจากเพื่อนสมาชิกว่าจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข” กิจกรรมที่ 7 “ทุกคนมีคุณค่า น่าภูมิใจ” ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ดังตัวอย่าง “ดีใจที่ได้ดูแลน้อง อยากให้เขาช่วยเหลือตัวเองได้” “มีเขาก็ดีนะ รู้สึกว่ามีเพื่อน” และกิจกรรมที่ 8 “ดูแลด้วยใจ สร้างสายใยในชุมชน” ช่วยให้ผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุน เครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังตัวอย่าง “กุ๊ยกี้แหละที่เรานึกถึงแรกๆ” “ผู้ใหญ่บ้านเราด้วยนะ” “บางทีก็พาไปเลยที่คลินิกหมอ...จิตแพทย์ใจดี” และจากการบันทึกปัจจัยบำบัดของการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองโดยผู้ช่วยวิจัยในการศึกษาครั้งนี้มีปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal learning) การให้ข้อมูล (Imparting of information) การได้ปลดปล่อยความรู้สึก (Catharsis) และการเพาะความหวัง (Instillation of hope) ความเป็นปึกแผ่น (Group cohesiveness) ความเป็นอันหนึ่งอันเดียว (Universality) การเรียนรู้ศีลธรรมแห่งชีวิต (Existential factor) การได้แก้ไขประสบการณ์เดิมของครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary family group member) การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม (Development of socializing techniques) และการรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์ (Altruism) ซึ่งปัจจัยบำบัดต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับกำลังใจ ได้รับการประคับประคองจิตใจ เข้าใจผู้ป่วยและมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ช่วยลดความรู้สึก ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเรื่องผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹⁵ พบว่า หลังเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะการดูแลและระดับซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของ

โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹⁶ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไปศึกษาต่อกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรมีการติดตามเพื่อประเมินประสิทธิผลความคงอยู่ของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองในครั้งนี้เป็นระยะๆ ต่อไป เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ คุนิชัย. จิตเวชศาสตร์ รามานิติ พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
2. กรมสุขภาพจิต. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2551.
3. Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G. Hooyman, N. R. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*; 1985; 34: 19-26.
4. พิเชษฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันนท์. กระบวนการยุทธการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
5. Cohen, E. Nurse case management in the 21st century. St. Louis: Mosby; 1996.
6. สุนันทา นวลเจริญ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
7. อีระพรรณ สุริยงค์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย

- เชียงใหม่; 2550
8. Yalom, J.D. The theory and practice of group psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books; 1995.
 9. ศิริพร สวยพริ้ง. ผลของโปรแกรมจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
 10. ภัทธภรณ์ หุ่นปันคำ. การทำกลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้งจำกัด; 2551.
 11. Beck, A.mT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper Row; 1967.
 12. Polit, D. F., & Hungler, B.P. Nursing research principle and methods. 6th ed. New York: Lippincott; 1999.
 13. นพรัตน์ ไชยธานี. ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อภาวะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
 14. ลัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบของวัยรุ่นตอนปลาย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2536.
 15. Chou. K.R., Liu S. Y., & Chu H. The effects of support groups on caregiver of patients with schizophrenia. The national Journal of Nursing Students; 2002; 39: 713–722.
 16. ปณิสรา เกษมสุข. ผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.