



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of Group Counseling to Develop a Quality of Life of
Caregiver of Depression Patientพีระพัฒน์ ก่อพาณิชย์เจริญ (Peerapayh Kaopanitjarean)¹ สุขอรุณ วงษ์ทิม (Sukaroon Wongtim)²นิธิพัฒน์ เมฆขจร (Nitipat Mekkhachorn)³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และ 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 14 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 7 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบวัดคุณภาพชีวิต ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และ 2) โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ การทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบแมนนิตนีย์ ผลการวิจัย ปรากฏว่า 1) ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร. ประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

Abstract

This study aimed to 1) compare quality of life of caregivers of depression patients before and after group counseling; and 2) compare quality of life of caregivers of depression patients in an experimental group after using the group counseling and a control group using a traditional counseling. The samples were 14 caregivers of depression patients in a Psychiatric Hospital. They were obtained by purposive selection and volunteer in to the study. Then, simple sampling was done to divide them into 2 groups, the experimental group and the control group, 7 patients in each group. The experimental group received the group counseling to develop the quality of life for 10 sessions, 90-120 minutes in each session. Research instruments were 1) a quality of life questionnaires with Alpha's Cronbach Coefficient reliability of .84, and 2) the group counseling program for developing the quality of life. The statistics were median, quartile deviation, Wilcoxon Matched Pairs Singed-Ranks Test and Mann-Whitney U Test. The results showed that 1) after receiving the group counseling, the experimental group of caregiver of depression patients had quality of life higher than before with statistical significance at the level of 0.1, and 2) after receiving the group counseling, the experimental group of caregivers of depression patients had quality of life higher than that of the control group with statistical significance at the 0.1 level.

Keywords: Quality of life, Group counseling, Caregiver of depression patient



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โลกและประเทศไทยในปัจจุบัน โรคซึมเศร้าเป็นอีกโรคหนึ่งที่นับวันจะมีขยายตัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี 2560 มีประชากรโลก ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 300 ล้านคน สำหรับประชากรไทย และจากการสำรวจสถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างวันที่ 1-7 พฤศจิกายน 2560 ก็พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ารวมกันถึง 1.5 ล้านคน เป็นสถิติที่สูงขึ้นมากถึง 400,000 ราย จากปี 2557 หรือคิดเป็นร้อยละ 36 ในรอบ 3 ปี โดยผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อย 70 (กรมสุขภาพจิต, 2560) ผลการสำรวจยังพบอีกว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเมเร็ง และจากการเสพสารเสพติด และที่สำคัญ ในผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้า จะมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ประมาณ ร้อยละ 20 – 35 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า (Depression) เป็นโรคที่เกิดจากภาวะผิดปกติทางอารมณ์ โดยผู้ป่วยอาจรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า แม้ความรู้สึกและอารมณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นครั้งคราว แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความรุนแรงและยาวนาน จนถึงขั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ โดยโรคซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depression) เป็นอาการซึมเศร้าอย่างถึงชีวิตการทำงานหรือการเรียน รวมไปถึงการนอนหลับและการกินอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุขอย่างรุนแรง และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Persistent Depressive Disorder) แม้จะมีอาการและความรุนแรงของอาการน้อยกว่า แต่ภาวะซึมเศร้าชนิดนี้จะคงอยู่กับผู้ป่วยยาวนานกว่ามาก เป็นเวลาอย่างน้อยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ก็อาจมีบางช่วงเวลาที่ต้องเผชิญภาวะซึมเศร้าชนิดรุนแรงร่วมด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2560) ซึ่งสัญญาณที่เป็นกลางบอกเหตุของโรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ขาดความสนใจสิ่งรอบข้าง ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย เชื่องช้า รับประทานอาหารมากขึ้น หรือน้อยลง นอนมากขึ้น หรือน้อยลง ดำเนินตัวเอง พยายามฆ่าตัวตาย

ดังนั้นโรคซึมเศร้า จึงนับเป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพของประชาชนไทย และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากประเทศไทยต้องสูญเสียบุคลากรสำคัญในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก จากการฆ่าตัวตายของบุคคลในวัยทำงาน ซึ่งจากผลสำรวจพบว่า คนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 1 คน ในทุกๆ 2 ชั่วโมง ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิง เกิดจากหลายสาเหตุประกอบกัน และโรคซึมเศร้าก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2560)

โรคซึมเศร้า นอกจากจะส่งต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว จากการที่ต้องมีภาระในดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอีกด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย (physical distress) และจิตใจและอารมณ์ (psychological distress) โดยผลกระทบต่อร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาส่วนตัวในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนหรือสังคม รวมไปถึงการดูแลสุขภาพของตนเองในท้ายที่สุด ขณะที่ผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ (psychological distress) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่งผลต่อญาติผู้ดูแลอย่างมาก จากการที่ต้องปรับตัวหรือจิตใจให้คงทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุสำคัญ เช่น ความรู้สึกอับอายต่ออาการของผู้ป่วย และการตอบสนองต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย เช่น การตวาด ดุ ด่าทอด้วยคำหยาบคาย การส่งเสียงดัง นอกจากนี้ ยังผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social and socioeconomic distress) จากการที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลผู้ป่วย การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา ทำ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ให้ผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำงาน เป็นต้น ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์แห่งตน มีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกไม่แน่ใจขาดการยอมรับตนเอง รู้สึกไร้ประสิทธิภาพและสูญเสียการควบคุมการดำรงอยู่ของตนเอง รู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อเข้านอน และอาจรู้สึกท้อแท้ว่าตัวเองไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกที่ซับซ้อนในการดูแลได้ทุกอย่าง นำมาสู่โอกาสมีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น(อนันต์ตรี สมิทธิธราเศรษฐ์,2560,น43)ดังนั้น การดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเช่นกัน

สำหรับคำว่า คุณภาพชีวิต แม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีคำนิยามที่ชัดเจนและยากต่อการให้ความหมายที่แท้จริง แต่งานวิจัยหลายชิ้นก็พยายามที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต ให้ใกล้เคียงกับความรู้สึกมากที่สุด เช่น เชลดอน (Sheldon,2000) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความพร้อมในทุก ๆ ด้าน เกี่ยวกับการเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น มีระดับค่าครองชีพที่น่าพอใจ มีความปลอดภัย มีความสุข และมีอิสระในชีวิต ขณะที่ พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2559) กล่าวถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) หรือ QOL ว่าโดยทั่วไปหมายถึง ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) ทั้งของตนเอง (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ) และของสังคม ทั้งนี้ครอบคลุมไปถึงความปลอดภัย สิทธิ และเสรีภาพ ในขณะที่ทางการแพทย์ คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสุข โดยคุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO)(อิติพันธ์ ธาณิรัตน์ และคณะ,2559, น. 319) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และค่านิยม ในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบ คุณภาพชีวิต 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental)

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดีประจำตัวของบุคคลหรือสิ่งของ และ “ชีวิต”หมายถึง ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล(ราชบัณฑิตยสถาน 2556, น. 263/383) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559 น,4) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่า หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพ สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยชีวิตที่มีคุณภาพนั้น คนในชุมชนนั้นจะต้องบรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน หรือความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อให้ชีวิตอยู่ได้อย่างปกติพอสมควรในช่วงเวลาหนึ่ง โดยมีองค์ประกอบสำคัญ เช่น การมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ การมีบ้านน่าน้อย มี อาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน ตลอดจนการมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน เช่น มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น มีการพัฒนาตนเอง และมีการสนทนากิจการด้านต่าง ๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา และมีส่วนร่วมในสังคม (Flanagan,1978, น.33)

ด้วยเหตุนี้ กระบวนการคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุข ไม่เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือเกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยอีกด้วย และจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การจัดนิทรรศการ การศึกษาดูงาน การจัดกิจกรรมแนะแนว การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล รวมทั้งการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นการให้การปรึกษาที่ ช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีจำนวนประมาณ 4-8 คน ในคราวเดียวกัน โดยผู้รับบริการทั้งหมดมีปัญหาหรือความต้องการที่คล้ายกัน มีผู้ให้บริการปรึกษาเป็นผู้คอยให้สนับสนุน



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

เอื้ออำนวย ชี้นำ ให้ข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันพิจารณาวิธีแก้ปัญหา ร่วมกันปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นที่ถูกต้องและเหมาะสม ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย เห็นอกเห็นใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน (สุพรรณ วงษ์ทิม, 2557, น. 67) เช่น ผลงานวิจัยของทัชชา สุริโย(2559, น. 72-73) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสังคม มีความฉลาดทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และงานวิจัยของณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน(2559, น.96-97) ที่ได้นำเอากระบวนการการให้คำปรึกษากลุ่มมาใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยทำการวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกาเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณบุรี ที่ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกาเผชิญปัญหา สูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏว่า ได้มีการนำเอากระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยการบูรณาการเทคนิคการให้คำปรึกษาจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาต่าง ๆ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ที่สร้างขึ้นด้วยการบูรณาการเทคนิคการให้คำปรึกษา ตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะหีสัมพันธภาพ และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบสนับสนุนเน้นคำตอบ มาเป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งผลดีในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปรึกษาแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
2. หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบปกติ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Control Group Design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เดือนกันยายน 2561 จำนวน 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เดือนกันยายน 2561 จำนวน 14 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 7 คน

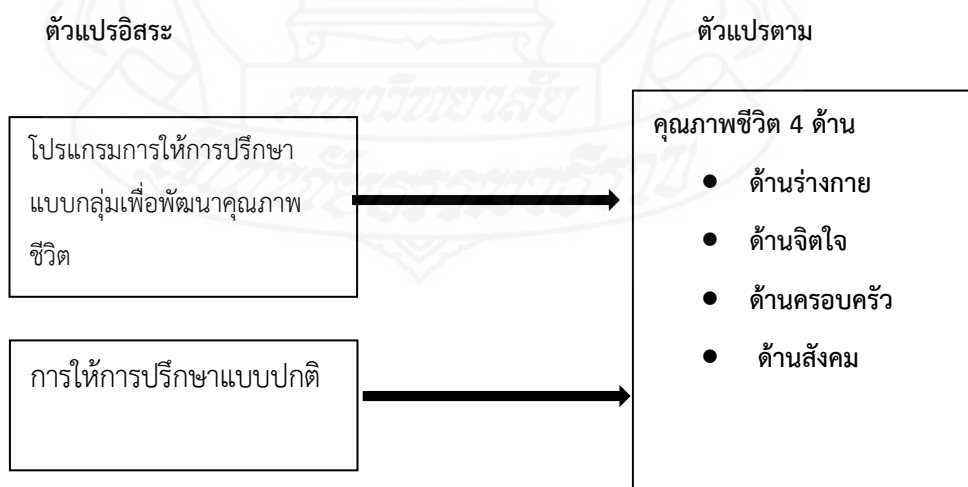
ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. **ตัวแปรอิสระ (independent variable)** ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น โดยการบูรณาการเทคนิคต่าง ๆ จากทฤษฎีการให้ปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธ์ภาพ และทฤษฎีการให้การปรึกษาอย่างสันนุ่เน้นคำตอบ และการให้การปรึกษาแบบปกติ ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

2. **ตัวแปรตาม (dependent variable)** ได้แก่ คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว และด้านสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้





การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบวัดคุณภาพชีวิต และโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 8 ข้อ ด้านครอบครัว จำนวน 8 ข้อ และด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 24 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.6-1.00 มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง .21 ถึง .75 และมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .84

2. โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ครั้ง ประกอบไปด้วย 1) ปฐมนิเทศ: การสร้างสัมพันธภาพ 2) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : สุขภาพนั้นสำคัญไฉน โดยใช้เทคนิคสำคัญ คือ เทคนิคขณะนั้นฉันตระหนักรู้ (Now I'm aware) จากทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ เทคนิคคำถามระดับขั้น (Scaling Questions) เทคนิคการหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล (Looking for Previous Solutions) และเทคนิคคำชม (Compliment) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบมุ่งเน้นคำตอบ 3) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : พิชิตโรคได้ด้วยตนเอง ที่ใช้เทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) และเทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ (Reinforcements and Penalties) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และใช้เทคนิคการมองหาการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นก่อน (Looking for previous solutions) จากทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ 4) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : สำรวจจิตพิชิตใจ โดยใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก (Staying of the Feeling) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบเกสตัลท์ และใช้เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) จากทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ 5) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ : อารมณ์ดี ชีวิตดี โดยใช้เทคนิคการพูดโต้ตอบตนเอง (Games of Dialogue) เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Methods) เทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม 6) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว : ครอบครัวอบอุ่น โดยใช้เทคนิคเทคนิคคำถามปาฏิหาริย์ (Miracle Questions) เทคนิคคำถามข้อยกเว้น (Exception questions) จากทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และเทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม 7) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว : เพียงแค่พูดคุย โดยใช้เทคนิคเทคนิคการฝึกจินตนาการ (Fantasy games) จากทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ และเทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) จากทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ 8) คุณภาพชีวิตด้านสังคม : สิ่งดี ๆ ในสังคม โดยใช้เทคนิคเทคนิคการโต้แย้งเพื่อจัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผล (Disputing of Irrational Beliefs) จากทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และเทคนิคการทำให้เป็นปกติ (Normalizing) เทคนิคคำชมจากทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ 9) คุณภาพชีวิตด้านสังคม : ไม่ใช่เพียงแค่เพื่อน โดยใช้เทคนิคเทคนิคคำถามระดับขั้น (Scaling Questions) เทคนิคคำชม (Compliment) จากทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ และเทคนิคการเสริมแรง จากการทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และ 10) ปัจฉิมนิเทศ : ยุติการให้การปรึกษา ผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับกลุ่มทดลอง จำนวนทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการปรึกษาแบบปกติจากโรงพยาบาล



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9
The 9th STOU National Research Conference

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. สถิติสำหรับตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1.1 สถิติในการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ใช้การค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC)

1.2 สถิติในการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของข้อคำถาม ใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item - Total correlation)

1.3 สถิติในการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดคุณภาพชีวิต ใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

2.1 สถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ใช้การทดสอบวิลคอกซ์ (The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test)

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ใช้การทดสอบแมนนิตนีย์ (The Mann - Whitney U Test)

ผลการวิจัย

ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	Mdn	Q.D.	The Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks Test	p-value
ก่อนการทดลอง	100.00	4.0	2.388**	.008
หลังการทดลอง	114.00	4.0		

**p<.01



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Mdn	Q.D.	The Mann-Whitney U Test	p-value
กลุ่มทดลอง	114.00	4.0	3.134**	.001
กลุ่มควบคุม	101.00	2.5		

**p<.01

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง มีผลการวิจัยสำคัญ ที่ควรนำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เป็นไปตามข้อสมมติฐานที่กำหนดไว้ ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้สร้างและพัฒนาตามขั้นตอนอย่างถูกต้องตามหลักเกณฑ์การสร้างและพัฒนาเครื่องมือการวิจัย เริ่มตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มในแต่ละครั้ง จากนั้นจึงกำหนดเนื้อหา ขั้นตอน อุปกรณ์ และเทคนิคการให้การปรึกษา ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การทดลองใช้ นอกจากนี้ ในขณะที่ดำเนินการให้การปรึกษา ผู้วิจัย ยังได้ดำเนินการตามขั้นตอนการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (สุพรรณ วงษ์ทิพย์ ,2557, น.77) เริ่มตั้งแต่ขั้นเตรียมการ เริ่มจากการวางแผนงาน กำหนดกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การรับสมัครสมาชิกกลุ่ม กำหนดความถี่ และระยะเวลาในการให้บริการปรึกษาแต่ละครั้ง การกำหนดรูปแบบของกลุ่มว่าเป็นกลุ่มแบบเปิดหรือปิด ขึ้นต่อมาเป็นขั้นเริ่มต้น ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้การปรึกษา ผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่ม ด้วยวิธีการละลายพฤติกรรม การชี้แจงเงื่อนไข ข้อตกลง กฎและกติกา ขั้นตอน วิธีการ การชี้แจงบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม การรักษาความลับ เป็นต้น จากนั้นเป็นการดำเนินการขั้นดำเนินการ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สมาชิกกลุ่มมีการเรียนรู้ขั้นตอนและกระบวนการกลุ่มมากขึ้น การร่วมกันค้นพบปัญหาหารือกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ปัญหา และขั้นยุติ ซึ่งเป็นการสิ้นสุดของกระบวนการกลุ่ม โดยในขั้นนี้จะมีการสรุปสิ่งที่ได้ร่วมกันเรียนรู้ สรุปแนวทางการนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การกล่าวคำอำลา และนัดหมายกันเพื่อประเมินและติดตามผล ส่งผลให้ภายหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และจากการ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

สังเกตของผู้วิจัย พบว่า ในการประชุมนี้ ซึ่งเป็นขั้นสร้างสัมพันธภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วย ยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ยังไม่ค่อยกล้าแสดงออก และไม่กล้าซักถามพูดคุยมากนัก เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองครั้งนี้ ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน และไม่เคยเข้ารับการให้การปรึกษามาก่อน ส่งผลให้เกิดความไม่แน่ใจต่อกระบวนการให้การปรึกษา อีกทั้งจากการซักถามผู้ร่วมการทดลองในเวลาต่อมา พบว่า ผู้เข้าร่วมการทดลองส่วนใหญ่ มีความกังวล มีความรีบเร่งที่จะต้องกลับไปดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อได้รับการชี้แจง ให้เห็นถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่ม และมีความสนิทสนมคุ้นเคยกันมากขึ้น ในการให้การปรึกษารั้งต่อมา ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความกระตือรือร้น สนใจและตั้งใจร่วมกิจกรรม ทำให้บรรยากาศผ่อนคลายและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น เริ่มตั้งแต่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการให้การปรึกษากลุ่ม 2 ครั้ง โดยในครั้งที่ 1 ใช้เทคนิคขณะนี้นั้นตระหนักรู้ เทคนิคคำถามระดับขั้น เทคนิคการหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล และเทคนิคคำชม ส่วนในครั้งที่ 2 ใช้เทคนิคการฝึกจินตนาการ เทคนิคการเสริมแรงและการปรับโทษ และเทคนิคการมองการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมาก่อน ผลปรากฏว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง สามารถบอกวิธีการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนที่ถูกต้อง ตลอดจนวิธีการดูแลตนเองในเวลาเจ็บ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ยอมรับว่า ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง มีเวลานอนน้อย และเกือบทุกคนไม่มีเวลาออกกำลังกาย

ในส่วนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผู้วิจัยได้แบ่งการให้การปรึกษาออกเป็น 2 ครั้งเช่นกัน โดยในครั้งแรก ใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก เทคนิคคำถามย้อนกลับ ส่วนครั้งที่ 2 ใช้เทคนิคการพูดโต้ตอบตนเอง เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา และเทคนิคการโต้แย้งเพื่อขัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ผลปรากฏว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถบอกวิธีดูแลสุขภาพจิตใจ การควบคุมอารมณ์ รู้คุณค่าของตนเอง และบริหารจัดการอารมณ์ด้านลบได้ ซึ่งจากการซักถามและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ รู้สึกเห็นเหนื่อย ท้อแท้ บางครั้งรู้สึกเสียใจ บางครั้งตำหนิตนเองว่า ทำไมต้องมารับภาระหนักเช่นนี้ แต่ภายหลังจากได้รับการปรึกษากลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่นี้ ในขณะที่คุณภาพด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยได้แบ่งการให้การปรึกษาออกเป็น 2 ครั้งเช่นกัน โดยครั้งแรกได้ใช้เทคนิคคำถามปฎิหาริย์ เทคนิคคำถามยกเว้น และเทคนิคการเสนอตัวแบ ส่วนครั้งที่ 2 ผู้วิจัยใช้ เทคนิคการฝึกจินตนาการ เทคนิคการทำให้เป็นปกติและแนวคิดรูปแบบการสื่อสาร ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถระบุความสำคัญของการมีความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว การให้การช่วยเหลือ การให้อภัยกันและกัน และการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว ทั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ยอมรับว่า หลังจากคนในครอบครัวป่วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ค่อยดีเช่นเดิม ส่วนการพัฒนาคุณภาพด้านสังคม ผู้วิจัย แบ่งออกเป็น 2 ครั้งเช่นกัน โดยในครั้งแรก ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขัดหรือเอาชนะความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล เทคนิคการทำให้เป็นปกติ แนวคิดตำแหน่งชีวิต เทคนิคคำถามระดับขั้น เทคนิคคำชม และเทคนิคเสริมแรง ซึ่งก็พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง สามารถอธิบายวิธีการอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และการเข้ากิจกรรมกลุ่ม จากเดิมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ยอมรับว่าไม่มีโอกาสร่วมทำกิจกรรมสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายหลังจากที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย ดังนั้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของของอังคณา ช่วยคำชู (2554, น.70) ที่ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05และยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมกมล อรรถทิ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

มากุล (2558) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งผลการวิจัย ก็พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่เป็นเช่นนี้ เป็นผลจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ได้เข้ารับการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ซึ่งในการเข้ารับการปรึกษาแบบกลุ่มทุกครั้ง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ได้ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตหลายอย่าง เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทำงานกลุ่ม การทำแบบฝึก และการนำเสนอตัวแบบ เป็นต้น อีกทั้งโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตดังกล่าว ได้พัฒนาขึ้นอย่างถูกต้องตามขั้นตอนและหลักเกณฑ์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และได้ดำเนินการอย่างถูกต้องตามขั้นตอนของการให้การปรึกษา เริ่มตั้งแต่ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติปัญหา อีกทั้งเหมาะสมกับเวลา สถานที่ และปัญหาของผู้เข้าร่วมการทดลอง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการให้การปรึกษาแบบปกติจากโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ เช่น การดูแลตนเองด้านร่างกาย การจัดปัยนิเทศ การมอบแผ่นพับ การบรรยายให้ความรู้ เป็นต้น จึงไม่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุม คลายจากความทุกข์ใจ และเกิดการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองแต่อย่างใด

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของของสมกมล อรรถทิมากุล (2558) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งผลการวิจัย พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอังคณา ช่วยคำชู (2554, น.70) ที่ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรนำโปรแกรมการให้การปรึกษานี้ ไปใช้ในการให้การปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุข มีความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโรคซึมเศร้า เช่น ด้านเพศ อายุ การศึกษา ด้านเศรษฐกิจ และด้านทัศนคติ เป็นต้น



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต.(2560).โรคซึมเศร้าในประเทศไทย.(ออนไลน์) ที่มา: <http://www.prdmh.com>. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2561.
- จักรพงษ์ เกะเอ็น.(2554).คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนของการเคหะแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาโครงการ การเคหะชุมชนทุ่งสองห้องอาคารแฝดเตา. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพัฒนาสังคม). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ธิตินันท์ ธาณรัตน์ และคณะ.(2559).ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช สูงอายุ.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม.
- ณัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน.(2561).ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกาเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรี.(วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,นนทบุรี.
- ทัชชา สุริโย. (2559). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อ ภาวะซึมเศร้า.(วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจิตวิทยาประยุกต์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์ .(2559).คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัว ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี.วารสารกรมการ แพทย์, ปีที่ 41 ฉบับที่ 6 เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม.
- ราชบัณฑิตยสถาน.(2556). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นามบัญญัติจำกัด.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม.(2557).บริการปรึกษาสำหรับนักเรียนในระดับประถมศึกษา. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวใน ระดับประถมศึกษา.(พิมพ์ครั้งที่ 10). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2559).แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแห่งชาติ.ฝ่าย เอกสาร.
- อังคณา ช่วยคำชู .(2554). ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม.วารสารสภาการพยาบาล,ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม.
- สมกมล อรรถทิมากุล .(2558). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรังที่บ้าน.(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต).จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย,กรุงเทพฯ.
- อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์.(2560).การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, ปีที่11 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม.
- Flanagan, J. (1978). A Research Approach to Improving Our Quality of Life. American Psychologist,33, 126-147.
- Sheldon, W. (2000). Dutch GP cleared after helping to end man's "hopeless existence. British Medical Journal. Nov11;321(7270): 1174.