

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคติดสุรา โรงพยาบาลกระแสนธุ์ จังหวัดสงขลา

Effects of Family Counseling Program on Caregivers' Perception towards
Caregiving Burden for Alcohol-Dependent Patients
in Krasaesin Hospital, Songkhla Province

กุสุมา แก้วแดง*
Kusuma Kaewdang*
โรงพยาบาลกระแสนธุ์*
Krasaesin Hospital*

(Received: March 8, 2021; Revised: April 11, 2021; Accepted: April 12, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลกระแสนธุ์ จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ดัชนีความสอดคล้องกับ 1.0 และแบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้การดูแล เชื่อมมันสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบค่าคะแนนของการรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวโดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Test ผลการวิจัยพบว่า

หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ผู้ดูแลมีการรับรู้การดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวช่วยลดการรับรู้การดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราได้ตั้งนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวไปปรับใช้ในการส่งเสริมเพื่อลดการรับรู้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ในคลินิกสุขภาพใจ คลินิกโรคเรื้อรัง และสถานพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลกระแสนธุ์ รวมถึงคลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว, การรับรู้การดูแล, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา, ผู้ป่วยโรคติดสุรา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: k.kaewdang@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 090-2261693)

Abstract

This quasi-experimental study with one-group pretest-posttest design aimed to explore the effect of family counseling program on caregivers' perception towards caregiving burden for alcohol-dependent patients. The participants were 14 caregivers of people with alcoholic dependence syndrome who received the service at psychological clinic, Krasaesin Hospital. Questionnaires relating caregiving burdens, with the item objective congruence (IOC) 1.0 and Cronbach's alpha coefficient 0.89, were used for pretest and posttest after engaging in the family counseling program. The data was analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage and mean, and analytical statistics: Wilcoxon Signed – Ranks Test. The results revealed that:

After involving in the family counseling program, participants had lower score level of perception towards caregiving burden than the score level prior attending the program at a 0.001 statistical significance level.

The results of this study indicated that family counseling program could reduce the perception towards caregiving burden for alcohol addict patients. Thus, healthcare teams should also apply this family counseling program to reduce the perception towards caregiving burden in other clinics such as Sukaparp jai and chronic disease clinic and in the healthcare hubs under Krasaesin Hospital network including alcohol therapeutic clinic Krasaesin Hospital.

Keywords: family counseling program, caregivers for alcoholic dependent patient, caregiving burden, perception, alcohol dependence

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบประชากรทั่วโลกดื่มสุราประมาณ 2,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลก และ 15-20 ล้านคน ป่วยเป็นโรค พิษสุราเรื้อรัง ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ดื่มสุรา เป็นลำดับที่ 40 ของโลก และเป็นอันดับที่ 3 ของเอเชีย ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้ติดสุรา ร้อยละ 31.5 หรือ ประมาณ 17 ล้านคน และยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นราว 250,000 คนต่อปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ประมาณ 5 เท่า ร้อยละ 37.3 เป็นวัยทำงาน (25-59 ปี) ซึ่งมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (อรัญญา สาลี และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2563) จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรใน ปี 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ไม่เคยดื่มสุราเลย ร้อยละ 57.2 ผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ดื่มในรอบปีที่แล้ว ร้อยละ 14.4 ผู้ที่ดื่มในรอบปีที่แล้ว ร้อยละ 28.4 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ ร้อยละ 12.5 และเป็นผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 15.9 กลุ่มอายุ 25-44 ปีมีอัตราการดื่มสุราสูงสุด เพศชายมีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าเพศหญิงถึง 4.5 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

การดื่มสุรานอกจากส่งผลต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยที่ดื่มสุรา พบว่า ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ร้อยละ 84.8 โดย ร้อยละ 37.0 ขาดคนทำงานช่วยครอบครัวและ ร้อยละ 27.8 พบปัญหาทางการเงินของครอบครัว รองลงมาคือผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ ของคนในครอบครัว ร้อยละ 74.6 โดยร้อยละ 33.3 เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจากการดูแล ผู้ที่ดื่มสุรา รองลงมาคือร้อยละ 31.5 การมีปัญหาภายในครอบครัวหรือมีปัญหาชีวิตสมรส และการเป็นโรควิตกกังวลหรือซึมเศร้ารู้สึกไม่สบายใจจากการดื่มสุราของสมาชิกใน ครอบครัว และผลกระทบด้านสังคมพบร้อยละ 61.7 โดยการเป็นคู่กรณีของอุบัติเหตุทางจราจร ร้อยละ 15.7 (กนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560)

การมีผู้ป่วยติดสุราในครอบครัว ถือว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยของครอบครัว ครอบครัวนอกจากเป็นเกราะป้องกันสมาชิกของครอบครัวให้ห่างไกล การดื่มสุราแล้ว ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ที่ติดสุรา สามารถเลิกสุราได้สำเร็จอีกด้วย (อรัญญา สาลี และเสาวคนธ์ วีระศิริ, 2563) ซึ่งขณะเดียวกันการดื่มสุราของสมาชิกในครอบครัวก็มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัว ซึ่งปัญหาครอบครัวที่เกิดจากการดื่มสุรา เป็นปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ ขาดคนช่วยทำงาน ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ร้อยละ 84.8 พบว่า คนในครอบครัวมีปัญหาด้านร่างกาย และจิตใจ ร้อยละ 74.8 (กนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) โดยเฉพาะหัวหน้าครอบครัวที่ดื่มแบบอันตราย จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ภรรยาต้องรับผิดชอบมากขึ้น ต้องตัดสินใจมากขึ้นและในที่สุดต้องรับบทบาทหัวหน้าครอบครัวแทนสามี ครอบครัวที่สมาชิกไม่มีศักยภาพในการปรับตัวมักใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้ปัญหาในครอบครัวไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิด ความเครียด และมักหาทางระบายความเครียดโดยการดื่มสุรา ดังนั้น ครอบครัวจำเป็นต้องเรียนรู้ทักษะการปรับตัว และมีเทคนิคในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุรา ให้สามารถปฏิเสธการดื่มสุราได้ (ยุพา จิวพัฒนกุล, 2555)

การให้คำปรึกษาครอบครัว โดยนำแนวคิดขั้นตอนการให้คำปรึกษาของ เซอร์แมนและโบห์แลนด์เลอร์ (Sherman and Bohlander, 1998) ร่วมกับประยุกต์แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวของ เวอร์จิเนีย ซาเทียร์ (Virginia Satir) เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัว เนื่องจากปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นปัญหาที่กระทบกับครอบครัว ดังนั้นสมาชิกครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการแก้ไข ผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงควรได้รับการปรึกษา โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สำรวจปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความรู้สึก ความต้องการ และความคาดหวัง ของผู้ดูแล และทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคติดสุรา ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัว และรับรู้แหล่งสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ส่งผลต่อการลดการรับรู้ภาระการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของดุซงกี เล็บขาว, เพ็ญญา กุลนาคัด และระพีพันธ์ ฉายวิมล (2562) พบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวจะช่วยลดระดับความเครียด และพัฒนาตนเองให้ทันต่อพฤติกรรม และเพิ่มความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากบริบทพื้นที่อำเภอกระแสดินธุ์ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มักจะดื่มสุราในตอนเย็นหลังเลิกงาน ประกอบกับพื้นที่อำเภอกระแสดินธุ์มีต้นตาลโตนดเป็นจำนวนมาก ซึ่งน้ำตาลจากต้นตาลโตนดเป็นวัตถุดิบสำคัญในการผลิตสุราพื้นบ้านของอำเภอกระแสดินธุ์ จึงทำให้สุราพื้นบ้านหาได้ง่าย และมีราคาถูก ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อเลิกสุรา มากกว่าร้อยละ 90 กลับไปดื่มซ้ำ ส่งผลให้ครอบครัว รู้สึกเป็นทุกข์ ที่ผ่านมาการบำบัดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยติดสุราเป็นหลัก การศึกษาในครั้งนี้ จึงเน้นการช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเป็นหลัก จึงพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว เพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราโดยให้ผู้ดูแล มีความเข้าใจตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต รับรู้ถึงคาดหวังและความรู้สึกของตนเองต่อผู้ป่วย มีความเข้าใจโรคติดสุรา รับรู้ปัญหาร่วมกัน และหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถลด ละ เลิกดื่มได้ในที่สุด ช่วยแก้ปัญหการกลับไปดื่มซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

สมมติฐานวิจัย

การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวมีการรับรู้ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

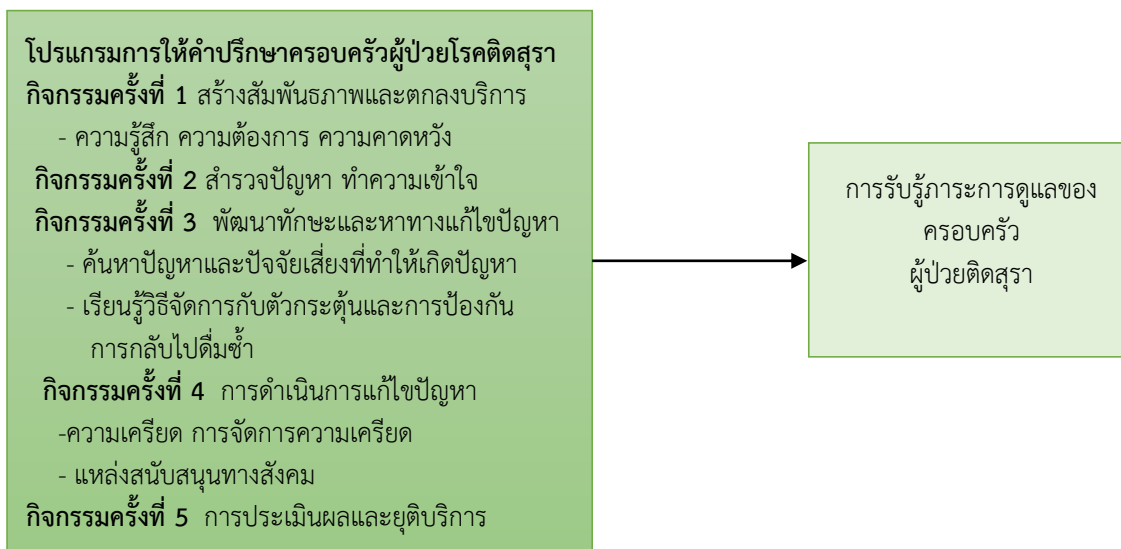
กรอบแนวคิดการวิจัย

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้แนวคิดการรูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัว พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบผสมผสาน และขั้นตอนของการให้คำปรึกษา ของ เซอร์แมนและโบห์แลนด์ (Sherman and Bohlander, 1998) โดยใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานระหว่างแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบนำทางและไม่นำทาง โดยทฤษฎีมุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการศึกษาเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ร่วมกับประยุกต์แนวคิดการให้คำปรึกษาครอบครัวของเวอร์จิเนีย ซาเทียร์ (Virginia Satir) อ้างตามนางพาง ลัมสุวรรณ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2550) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยติดสุรา โดยให้ผู้ดูแลได้ทำความเข้าใจตนเอง เนื่องจากพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นผลจากสิ่งต่างๆที่อยู่ลึกลงไปจิตใจ ผู้ให้การศึกษาต้องสร้างความเชื่อมโยงเพื่อเข้าถึงจิตใจของผู้ดูแล สำนวจผลกระทบที่เกิดขึ้น ตั้งเป้าหมายเฉพาะหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดสุรา และต่อยอดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยติดสุรา และผู้ดูแล โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว มีเป้าหมายในการช่วยให้ครอบครัว ได้รับความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ใช้ความคิดในการแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกในครอบครัวได้ปรับความคิด มีความตระหนัก และเห็นประโยชน์ เห็นความสำคัญในการปรับพฤติกรรมตามขั้นตอนของการให้คำปรึกษา ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหา การหาแนวทางแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการแก้ปัญหา จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคติดสุรา ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมประกอบด้วยผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าร่วมทุกครั้ง ซึ่งเป็นการให้ผู้ดูแลเข้าใจตนเอง ได้รับความรู้สึกและความคาดหวัง มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึ่งนำไปสู่การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคติดสุรา และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกของผู้ดูแล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดสุรา และสามารถดูแลตนเองในการลด ละ เลิกสุราได้

แนวคิดการรับรู้ภาระดูแล (Burden Interview: BI) ของซาริตและคณะ (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) ซึ่งมองว่า การรับรู้ภาระการดูแลเป็นความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ดูแล ที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยและเกิดจากความรู้สึกของผู้ดูแลเอง ซึ่งความรู้สึกและทัศนคติที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแลรู้สึกเกี่ยวกับการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย การต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ความคาดหวังของตนเองและผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่ดียิ่งขึ้น 2) ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเรื่อยเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ไม่มั่นใจว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร รู้สึกอับอายต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ส่งผลในการตัดสินใจระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับภาระหน้าที่การทำงานที่มีอยู่ 3) ด้านชีวิตครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยทำให้เวลาส่วนตัวหายไป มีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว การร่วมงาน กิจกรรมทางสังคมลดลง 4) ด้านการเงิน ผู้ดูแลอาจมีภาระด้านการเงินเพิ่มขึ้น 5) ด้านการควบคุมชีวิตของตนเอง ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้และหวังว่าจะมอบหมายการดูแลผู้ป่วยให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้

แนวคิดการรับรู้ภาระการดูแล ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล (Burden Interview: BI) ของซาริตและคณะ (Zarit, et al, 1980) เป็นแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล ซึ่งวัดการรับรู้ภาระการดูแลโดยครอบคลุมการรับรู้ภาระการดูแลทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ ด้านชีวิตครอบครัวและสังคม ด้านการเงินและด้านการควบคุมชีวิตตนเอง ประกอบด้วย คำถาม 22 ข้อ โดยแบ่งคำตอบออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย-เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลมาก คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลน้อย เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าเป็นการวัดภาระที่ชัดเจน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแลซึ่งขวัญฤทัย ไส่สกุล (2557) ได้ดัดแปลงจากซาริต และคณะ (Zarit, et al, 1980) มาใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกัน ทำให้ประเมินการรับรู้ภาระผู้ดูแลได้ครอบคลุม ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The-one Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (F 10.2 Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD – 10 ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระแสน้ำ จังหวัดสงขลา กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นบิดา, มารดา, สามี, ภรรยา, พี่, น้องหรือบุตร คนใดคนหนึ่งที่อยู่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคติดสุรา 2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ 3) มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี ทั้งชายและหญิง 4) สามารถสื่อสาร และเขียนภาษาไทยได้ และ 5) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามแผนที่วางไว้ สำหรับเกณฑ์คัดออก คือเป็นผู้ดูแลที่ต้องย้ายที่อยู่ออกจากอำเภอกระแสน้ำ

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (F 10.2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD – 10 ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระแสน้ำ ในเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2564 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power=0.9 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจความรู้สึก ความต้องการ ความคาดหวังต่อตนเองและต่อผู้ป่วยโรคติดสุรา กิจกรรมครั้งที่ 2 สำรวจและทำความเข้าใจปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 3 พัฒนาทักษะและหาทางแก้ไขปัญห โดยการค้นหาปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหารวมถึงเรียนรู้วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ซึ่งการที่ผู้ป่วยติดสุรากลับไปดื่มซ้ำส่งผลต่อการรับรู้การดูแล กิจกรรมครั้งที่ 4 การดำเนินการแก้ไขปัญห ในขั้นตอนนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจ

ความเครียดของตนเอง ผู้วิจัยแนะนำเทคนิคการจัดการความเครียด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมครั้งที่ 5 การประเมินผลและยุติบริการ แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว สภาพการทำงาน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การมีบุคคลที่ช่วยเหลือ และสัมพันธ์กับผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาการของผู้ป่วยเมื่อติดเชื้อ และระยะเวลาที่ป่วย

2.2 แบบวัดการรับรู้ภาระการดูแล (Burden Interview: BI) ของขวัญฤทัย ไส้สกุล (2557) ซึ่งดัดแปลงจากซาริตและคณะ (Zarit, et al, 1980) เป็นแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแลซึ่งจะวัดการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความเครียดส่วนบุคคล 2) ด้านความขัดแย้งในตนเอง 3) ด้านความรู้สึกผิด และ 4) ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ประกอบด้วย คำถาม 22 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ ดังนี้ 0 = ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย 1 = รู้สึกนาน ๆ ครั้ง 2 = รู้สึกเป็นบางครั้ง 3 = รู้สึกเช่นนี้บ่อย 4 = รู้สึกเป็นประจำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านคือ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 1 คน และโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาธาราชนรินทร์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) เท่ากับ 1.0 หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อของขวัญฤทัย ไส้สกุล (2557) ซึ่งดัดแปลงจากซาริต และคณะ (Zarit, Reeve, & Bach-Peterson, 1980) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำเครื่องมือมาใช้ โดยไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆทั้งสิ้น

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อตรวจทานความเหมาะสมของภาษาที่ใช้วิธีการดำเนินกิจกรรม เวลาในการให้คำปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง เพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้จริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

2. ผู้วิจัย ประสานงานกับคลินิกสุขภาพใจ งานผู้ป่วยนอก อธิบายเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพใจ พร้อมทั้งประเมินว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ หากพบว่าไม่ครบตามข้อกำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว การดำเนิน

กิจกรรมโปรแกรม ระยะเวลาในการดำเนินงานกิจกรรม 5 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และประเมินการรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อก่อนการทดลองโดยใช้แบบวัดการรับรู้การดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนทดลอง

การดำเนินการวิจัยด้วยโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการกับผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลสำรวจความรู้สึก ความต้องการ ความคาดหวังต่อตนเองและต่อผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เริ่มจากการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ดูแล สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ พูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและสำรวจปัญหา โดยสอบถามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ อธิบายผู้ดูแล เกี่ยวกับการให้การปรึกษารอบครัว วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรมและข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การทำความเข้าใจกับปัญหาและวางแผนจัดการกับปัญหา โดยในครั้งนี้จะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่ ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ สมอติดเชื้อ การประเมินการติดเชื้อ อาการถอนพิษสุรา ผลกระทบหรือปัญหาจากการติดเชื้อและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เป็นการให้ความรู้รอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ดูแล ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคติดเชื้อตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ดูแลทราบว่า ควรต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออีกด้วย

กิจกรรมที่ 3 ขั้นตอนการแก้ไขปัญหา โดยการค้นหาปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหารวมถึงเรียนรู้วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลในการค้นหาปัญหา ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เนื่องจากผู้ดูแล จำเป็นต้องทราบถึงปัญหาหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำสูง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไป ดื่มซ้ำ วิธีการในการจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยอยากดื่มสุรา และอาการถอนพิษสุรา เพื่อให้สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไปดื่มซ้ำได้ ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำและคงระยะหยุดดื่มให้นานที่สุด โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เรื่องปัจจัยส่งเสริมการกลับไปติดเชื้อซ้ำ การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ สนับสนุนให้ผู้ดูแล ผู้ดูแลได้ร่วมกันค้นหาปัจจัยเสี่ยง ตัวกระตุ้น วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น เพื่อให้ผู้ดูแล มีความมั่นใจที่จะจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น และมีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 ตั้งเป้าหมายและดำเนินการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนนี้ ให้ผู้ดูแลสำรวจความเครียดของตนเอง โดยการพัฒนากลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นแหล่งประโยชน์และมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียด ร่วมกับการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดให้กับผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา รวมทั้งสามารถลดความเครียดจากการรับรู้การดูแล

กิจกรรมที่ 5 ยุติการให้คำปรึกษา โดยการตอบคำถามปัญหาที่จะทำให้กลับดื่มซ้ำและวิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น ให้ตระหนักถึงสัญญาณเตือนของการกลับไปดื่มซ้ำ ประเมินผลการให้การปรึกษาของผู้ดูแล และประเมินการรับรู้การดูแล

ขั้นหลังการทดลอง

หลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว โดยหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้วิจัยจะทำการประเมินการรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราทันที หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนของการรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวโดยใช้ Wilcoxon Signed – Ranks Test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้หมายเลขรับรอง 12/2564 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2564

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.86 มีอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 50.0 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 64.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 92.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 57.1 มีการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 64.3 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 57.1 และไม่มีบุคคลอื่นที่ต้องให้การดูแล ร้อยละ 57.1 ผู้ดูแลทุกคนยังทำงานอยู่ มีรายได้เฉลี่ย 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 50.0 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.0 ค่าใช้จ่ายในการดูแล ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 85.7 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.6 และร้อยละ 71.4 ไม่มีการเจ็บป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วย มีสุขภาพแข็งแรงพอสมควร ร้อยละ 50.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 42.9 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ร้อยละ 50.0 และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นมาก่อน ร้อยละ 50.0 ผู้ดูแลทุกคนมีที่พักอาศัยเป็นบ้านของตนเอง

2. เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว

เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระแสดินจังหวัดสงขลา

ตาราง 1 ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าเฉลี่ยของอันดับ(Mean Rank) ของคะแนนการรับรู้การดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (n=14)

การรับรู้การดูแล	Median	IQR	Mean Rank	Z	P (1-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรม	50.0	10.25	7.50	-3.303	.001
หลังได้รับโปรแกรม	36.0	9.50			

จากตาราง 1 พบว่า การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ($Median=50.0$, $IQR=10.25$) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($Median=36$, $IQR=9.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=.001$

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การดูแล ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระแสน้ำ จังหวัดสงขลา จำแนกเป็นรายด้าน

ตาราง 2 ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าเฉลี่ยของอันดับ (Mean Rank) ของคะแนนการรับรู้การในการดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว จำแนกเป็นรายด้าน (n=14)

การรับรู้การดูแล	Median	IQR	Mean Rank	Z	P (1-tailed)
1. ด้านความเครียดส่วนบุคคล					
ก่อนได้รับโปรแกรม	20.00	6.00	7.50	-3.309	.001
หลังได้รับโปรแกรม	14.00	6.50			
2. ด้านความขัดแย้งในตนเอง					
ก่อนได้รับโปรแกรม	7.50	2.25	6.50	-3.075	.002
หลังได้รับโปรแกรม	5.00	2.00			
3. ด้านความรู้สึกผิด					
ก่อนได้รับโปรแกรม	13.00	2.25	7.50	-3.319	.001
หลังได้รับโปรแกรม	11.00	3.25			
4. ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน					
ก่อนได้รับโปรแกรม	9.00	3.00	7.50	-3.320	.001
หลังได้รับโปรแกรม	6.50	3.25			

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ด้านความเครียดส่วนบุคคล ($Median = 14.00$, $IQR = 6.50$) ด้านความขัดแย้งในตนเอง ($Median = 5.00$, $IQR = 2.00$) ด้านความรู้สึกผิด ($Median = 11.00$, $IQR = 3.25$) และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ($Median = 6.50$, $IQR = 3.25$) ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ($Median = 20.00$, $IQR = 6.00$, $Median = 7.50$, $IQR = 2.25$, $Median = 13.00$, $IQR = 2.25$, $Median = 9.00$, $IQR = 3.00$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อหลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวรับรู้การในการดูแลลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 (ตาราง 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 92.86 เป็นเพศหญิง และเป็นคู่สมรส โดยสังคมไทย เพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในบ้าน ทำให้เมื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ก็สามารถปรับตัวได้ง่าย ร้อยละ 50.0 มีช่วงอายุ 50 – 59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีวุฒิภาวะและมีความรับผิดชอบ มีการตัดสินใจในการเผชิญปัญหาที่ดีและมีประสบการณ์ในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, นิยมล เพือกคง, และสมจิต หนูเจริญกุล (2555) ที่พบว่า อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้การ

การดูแลของผู้ดูแล นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 78.6 ของผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.0 มีสุขภาพแข็งแรงพอควร และร้อยละ 57.1 ไม่มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่ต้องให้การดูแล ทำให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และร้อยละ 50.0 มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย สาเหตุมาจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการเมาสุราจะมีอาการหงุดหงิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย และการที่มีบุคคลที่คอยช่วยในการดูแล เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระ ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีต่อการดูแลและรู้สึกว่าภาระในการดูแลลดลงหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ร้อยละ 42.86 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 6-10 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน สอดคล้องกับของเสาวนีย์ คงนิรันดร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ชนิดดา แนนเกษร (2561) พบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า จะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลสูง การที่ผู้ดูแลมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ รวมถึงการได้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ และฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด ทำให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง

จากข้อมูลการวิเคราะห์รายด้าน จะเห็นได้ว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ผู้ดูแลมีคะแนนความเครียด ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และคะแนนด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ดูแลเข้าใจตนเอง รับรู้ความต้องการและความคาดหวังของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมสำหรับตนเองในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีทักษะในการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม สามารถหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร์ และคณะ (2561) ที่พบว่า ถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยแล้วรับรู้ว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถจัดการกับปัญหาได้ รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากบุคคลอื่น จะทำให้ความเครียดและการรับรู้ภาระการดูแลลดลง

สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว สามารถลดการรับรู้ภาระในการดูแล ดังรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจปัญหา เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกับผู้ดูแล จนกระทั่งผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้กล้าเปิดเผยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกและความต้องการของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (ใบงานที่ 1) ซึ่งเป็นการประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ก่อนเข้าสู่กิจกรรมที่ 2 ทำให้ทราบความรู้สึกทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล” และความคาดหวังต่อผู้ป่วย ดังคำพูดว่า “อยากให้เลิกดื่มเหล้า ทำงานรับผิดชอบครอบครัว” “อยากให้เป็นตัวของตัวเองที่ดีแก่ลูก” และจากกรณีศึกษา: เรื่องของสมชาย ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อได้เห็นความสำคัญของบทบาทของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดเชื้อเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อรับบทบาทและหน้าที่ของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง จะรู้สึกผูกพัน และมีพันธะสัญญาต่อหน้าที่ที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลแม้จะไม่มีหวังว่าความเจ็บป่วยจะมีโอกาสหาย ผู้ดูแลจะรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะรู้สึกว่าภาระของครอบครัว (วาสนา นามเหลา, ชนิดดา แนนเกษร และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2561)

กิจกรรมที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อและการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาที่เกิดจากโรคติดเชื้อ ผู้วิจัยให้แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในโรคติดเชื้อมกับผู้ดูแล (ใบงานที่ 2/1) และให้ความรู้โรคติดเชื้อ โดยให้ดูคลิปวิดีโอ และผู้วิจัยอธิบายผลกระทบหรือปัญหาจากการติดเชื้อ (ใบความรู้ที่ 2/1) ทำความเข้าใจสัณฐานกับโรคติดเชื้อ และแลกเปลี่ยนในประเด็นการทำหน้าที่ครอบครัว (ใบความรู้ที่ 2/2) ทำให้ผู้ดูแลทราบว่าตนเองควรปฏิบัติอย่างไร ดังคำพูดที่ว่า “จะช่วยดูแลและคอยให้กำลังใจ” “ช่วยตัดเตือน ห้ามเวลาเขาจะกินเหล้าอีก” เมื่อผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา นามเหลาและคณะ (2561) พบว่า

ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้จัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงนำไปสู่ความรู้สึกของการรับรู้ภาระการดูแลที่ลดลง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมหาทางแก้ไข โดยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนในประเด็น พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โรคติดเชื้อ ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับปัญหา จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการกลับไปติดเชื้อซ้ำ การป้องกันการกลับไปติดเชื้อซ้ำ ปัญหาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อและแนวทางแก้ไข สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา สาสี และเสาวคนธ์ วีระศิริ (2562) ที่พบว่าเมื่อเผชิญปัญหาครอบครัวจะหาทางแก้ไข และหาข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้จริง ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลเข้าใจพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อและวิธีการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง จากนั้นให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย เรื่องที่เครียด เช่น “สามเฒ่าเหล้า เมาไม่รู้เรื่อง” “หงุดหงิดกับสามีเวลาพูดแล้วสามีไม่ฟัง” “กลัวคนอื่นดูถูก ว่ามีสามีขี้เหล้า” ซึ่งผู้ดูแลจัดการความเครียดเหล่านั้น (ใบงานที่ 4/1) โดย “ให้พระ สวดมนต์” “คุยกับเพื่อน หาอะไรทำ” “พยายามทำใจ” และพูดคุยเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือที่ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวได้รับหรือสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น (ใบงานที่ 4/3) จากนั้นให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องความเครียดและการจัดการความเครียด (ใบความรู้ที่ 4/1) และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ใบความรู้ที่ 4/3) ผู้วิจัยสาธิตและให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวร่วมฝึกหายใจคลายเครียด (ใบความรู้ที่ 4/2) ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกและประโยชน์หลังฝึกหายใจคลายเครียด กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “รู้สึกเบาหัว สมองปลอดโปร่ง โล่ง ๆ” “หายใจคล่องขึ้น” “สบายใจขึ้น” ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้เมื่อเครียด และมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแลสามารถบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา สอดคล้องกับของเสาวนีย์ คงนิรันดร์ และคณะ (2561) พบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า จะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลสูง การที่ผู้ดูแลมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ รวมถึงการได้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ และฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด ทำให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 5 ยุติการให้การปรึกษา สรุป และติดตามผล โดยการสำรวจความผลของการให้คำปรึกษารอบครัว และทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษา สิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป และปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข สรุปแนวทางในการแก้ไขปัญหา และหากกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการดูแล สามารถขอรับการปรึกษาได้ที่คลินิกให้คำปรึกษา หรือคลินิกจิตเวช หลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว เพื่อเป็นช่องทางให้ผู้ดูแลมีช่องทางในการขอรับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรจัดทำแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ โดยนำโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ที่ครอบคลุมการจัดการความเครียด และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ โดยจัดบริการให้คำปรึกษารอบครัว ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

2. ควรพัฒนาศักยภาพในการให้คำปรึกษาครอบครัว แก่พยาบาลในทุกหน่วยงาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในคลินิกโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัย แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง การทดลอง โดยศึกษาจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ควรมีการศึกษาผลของการให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ต่อตัวแปรอื่นๆ นอกจากการดูแล เช่น พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล พฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย เป็นต้น

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่อการรับรู้การดูแลในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดอื่นๆ รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

References

- กนกวรรณ จังอินทร์, สมเดช พินิจสุนทร. (2560). พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัว ของ ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลศูนย์ราชภัฏอุดรธานี. *วารสารการพัฒนาศาสตร์สุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 487-501.
- โกวิท สุวรรณโณ. (2556). การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับการรับรู้การ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อจากสุรา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ขวัญฤทัย ไส่สกุล. (2557). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการรับรู้การดูแลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ. สาร นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จรินทร์ยา เพชรน้อย. (2552). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อจากสุรา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, นิยมล เผือกคง, และสมจิต หนูเจริญกุล. (2555). ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 17-35.
- ญาดา จินประชา. (2550). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือของสมาชิกใน ครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ
- ดุขฎี เล็บขาว, เพ็ญภา กุลนาค และระพีพร ฉายวิมล. (2562). ผลการให้คำปรึกษาครอบครัวแบบกลุ่มตาม ทฤษฎีระบบต่อความเข้มแข็งของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 62(4), 179-191.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเอเอ็นดีอินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิง จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชณี เอี่ยมสอาด. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดเชื้อ สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2554). *จิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาการพิมพ์.

- ประเทือง ละออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 12(2), 37-47.
- ยุพา จิวพัฒนกุล. (2555). แนวทางการเสริมศักยภาพครอบครัวในตำบลโคกคราม จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- รัชณา สิงห์ทอง และชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2555). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(1), 19-27.
- ลัดดาวัลย์ แดงเถิน. (2555). ผลของรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ป่วยในที่มีติดยาเสพติด: ศึกษาผลลัพธ์เพื่อสร้างรูปแบบสำหรับผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ลัดดาวัลย์ แดงเถิน, พิชัย แสงชาญชัย, และณัฐนาฏ สระอุบล. (2554). คู่มือสำหรับผู้ป่วยบำบัดการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. ม.ป.ท.
- วาสนา นามเหลา, ชนิดดา แนนเกษร และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 23-34.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนารา และศิริพร จิรวรรณกุล. (2555). เริ่มดื่มสุราเป็นเรื่องง่ายแต่แสนลำบากในการเลิกดื่มสุรา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 1-14.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือให้การบริการรายบุคคลและครอบครัว. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สิริภัทร โสติยาภักย์, นวพร ดำแสงสวัสดิ์, ธัญญภัทร์ ศิริธรรมาโรจน์. (2560). รูปแบบการให้คำปรึกษาครอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 282-290.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2561). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดีการพิมพ์จำกัด.
- เสาวนีย์ คงนรินทร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ชนิดดา แนนเกษร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 118-132.
- อรัญญา สาลี และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2563). การปรับตัวของครอบครัวที่มีบุคคลติดสุรา: การศึกษาหลายกรณี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 188-194.
- Corey, G. (2008). *Theory and Practice of Group Counseling*. USA.: Thomson book/Cole.
- Faul F. G*Power Version 3.1.9.2 [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 6]. Available from <http://www.psychology.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>.
- Horowitz, A. V., & Reinhard, S. D. (1995). Ethic Difference in Caregiver Duties and Burdens among Parents and Sibling of Persons with Severe Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(6), 138-150.
- Paparrigopoulos, T., Tzavellas, E., Karaikos, D., Stefanis, N., Mourikis, I., Stahtea, X., & Liappas, J. (2009). *Family Burden in Alcohol Dependence*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933809706820>
- Sherman and Bohlander. (1998). *Managing Human Resource*, South-Western College Publishing.

- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982), The Burden of Family Coping with Mentally ill: an in Visible Crisis. *Family Relation*, 31, 379-388.
- Zarit, H. S., Reever, E. K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly of Feeling of Burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.