

# ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท\*

## The Effect of Cognitive Behavior Modification Program on Stress in Caregivers of Patients with Schizophrenia

อารีรัช จำนงค์ผล\*\* พย.ม.  
ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์\*\*\* Ph.D

Areerat Jomnongphon, RN, MS  
Pornpat Hengudomsab, RN, Ph.D

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 ราย ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการฝึกโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาแบบที่เรียกว่า การฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน ประเมินผลโดยการวัดความเครียดด้วยแบบสอบถามและวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อด้วยเครื่องวัด Electromyograph (EMG) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีนิวแมน-คูลส์

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์ (interaction effects) ระหว่างระยะเวลากับวิธีการทดลองทั้งคะแนน

ความเครียด ( $F = 6.72, p < .01$ ) และคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ( $F = 7.86, p < .01$ )

2. ความเครียดของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 10.22, SD = 6.94$ ) และกลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 15.44, SD = 5.93$ ) ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $.05$  ( $F = 2.94$ ) แต่ในระยะติดตามผลความเครียดในกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 8.44, SD = 4.12$ ) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 17.88, SD = 7.45$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 11.05, p < .01$ )

3. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 5.40, SD = 3.63$ ;  $\bar{X} = 9.08, SD = 3.74$ ) กับกลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 15.64, SD = 4.76$ ;  $\bar{X} = 21.04, SD = 11.28$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.01$  ( $F = 10.55$ ;  $F = 15.66$ ).

คำสำคัญ : โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ความเครียด ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแล

### Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to test the effect of Cognitive

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี

\*\*\* อาจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Behavior Modification program on stress among caregivers of patients with schizophrenia. Eighteen caregivers of patients with schizophrenia who met the inclusion criteria participated in this study. They were randomly assigned into either experiment ( $n=9$ ) or control ( $n=9$ ) group. The participants in experimental group received the Cognitive Behavior Modification program training twice a week for 8 sessions, 90 minutes for each session. Data regarding stress and muscle tone were collected at 3 times : pre-test, post-test, and one-month follow-up. Descriptive statistics, repeated measures ANOVA, and the Newman-Kuels procedure were employed to analyze the data. The results were as follows :

1. There were interaction effects between intervention method and time on stress ( $F = 6.72, p < .01$ ) and muscle tone ( $F = 7.86, p < .01$ ).
2. There was no significant difference for stress between experiment ( $\bar{X} = 10.22, SD = 6.94$ ) and control group ( $\bar{X} = 15.44, SD = 5.93$ ) at post test ( $F = 2.94, p > .05$ ), but there was significant difference between experiment ( $\bar{X} = 8.44, SD = 4.12$ ) and control group ( $\bar{X} = 17.88, SD = 7.45$ ) at follow-up phase ( $F = 11.05, p < .01$ ).
3. The muscle tone measured at post-test and one month follow-up phase between experiment ( $\bar{X} = 5.40, SD = 3.63$  ;  $\bar{X} = 9.08, SD = 3.74$  ) and control group ( $\bar{X} = 15.64, SD = 4.76$  ;  $\bar{X} = 21.04, SD = 11.28$ ) were significantly different at p-value .01 ( $F = 10.5$  ;  $F = 15.66$ ).

**Key Words :** Cognitive behavior modification program, Stress, Patients with schizophrenia, Caregivers

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ส่วนใหญ่อาการมักจะเริ่มในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด การพยากรณ์โรคมักไม่ดีและมีผลต่อการทำดำเนินชีวิตของบุคคล (World Health Organization : WHO, 2008) แม้หลังรับการรักษาแล้วผู้ป่วยมักมีร่องรอยโรคเหลืออยู่ และมีอัตราการป่วยซ้ำในระดับสูง โดยร้อยละ 90 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Vancarolis, 1999). โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ทั่วโลกประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2008). จากสถิติที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นจากเดิม ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน กอปรกับปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งนโยบายการลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลงเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ก็จะได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัว ครอบครัวจึงนับเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นนับว่าเป็นงานที่หนัก และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) มีผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่นพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายร่างกาย ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (Ferriter & Huband, 2003 ; Hyde, 1997).

ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้สูง และยาวนานกว่ากลุ่มคนปกติ และหากผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ ก็จะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยต่างๆ ทั้งทางกายและทางจิตตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร ไมเกรน โรคซึมเศร้า วิตกกังวล และอื่นๆ จากการศึกษากาเวสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยศรีสุดา วานาสีสินและคณะ (2546) พบว่าร้อยละ 81.25 ของผู้ดูแลเหล่านี้มีความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ จุมพล สมประสงค์ (2540) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีปัญหาด้านสุขภาพจิตถึงร้อยละ 60 การจัดการกับความเครียดมีด้วยกันหลายวิธี และวิธีหนึ่งที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าเป็นวิธีการที่ใช้จัดการกับความเครียดได้ผลดี คือ การปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy) การบำบัดนี้มีแนวคิดที่พฤติกรรมเกิดขึ้นจากสิ่งเร้าหรือเงื่อนไข นำ รวมทั้งแบบแผนความคิด ดังนั้นการสร้างเสริมหรือปรับแก้พฤติกรรมมนุษย์จึงสามารถทำได้โดยการปรับที่สิ่งเร้าหรือเงื่อนไขหรือปรับที่แบบแผนการคิด อันจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Beck, 1976) เมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุของปัญหา และมีการปรับเปลี่ยนความคิด จะนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม (Boekaerts, Pintrich, & Zeidner, 2000 ; Clark & Fairburn, 1997 ; Clark, Kirk, Hawton, & Salkovsky, 1990) Meichenbaum (1977) ได้ประยุกต์แนวคิดการให้คำปรึกษาการปรับพฤติกรรมทางปัญญาของ Beck (1967) และพัฒนาเป็นโปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training : SIT) โดยมีแนวคิดที่ความเครียดที่เกิดขึ้นมักสัมพันธ์กับ

ความคิดที่ผิดไปจากความจริง (Misconception) หรือจากความเชื่อที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive beliefs) ซึ่งอาจนำไปสู่ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม โปรแกรม SIT นั้นพัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเผชิญกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ง่ายและบ่อย โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การวิจัยครั้งนี้เลือกใช้ทักษะการสอนตนเอง-ทักษะการหายใจ และทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เนื่องจากในขณะที่มีความเครียดเกิดขึ้นจะมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ จากการศึกษาของจำลองและพริ้มเพรา ดิษยวิช (2545) พบว่าความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจลดลง การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อที่มากพอสามารถนำมาใช้ในการลดความเครียดได้ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมทักษะที่มีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้เมื่อเผชิญกับภาวะเครียด โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการป้องกันความเครียดในรูปแบบที่เรียกว่า Stress Inoculation Training ตามแนวคิดของ Meichenbaum (1977).

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีเชิงการกระทำระหว่างกันเกี่ยวกับการรับรู้คิด (Cognitive Transactional Theory) ของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งมีแนวคิดว่าความเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) เป็นสิ่งที่เกิดจากการกระทำระหว่างกัน (Interaction) ระหว่างบุคคล (Person) กับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Stimulus) โดยบุคคลจะมองว่าสิ่งเร้าดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเองน้อยเพียงไรก็ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินทางความคิด (Cognitive Appraisal) โดยเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 3 ด้านคือ 1) บุคคล 2) สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด และ 3) การประเมินทางความคิด ร่วมกับแนวคิดของ Meichenbaum (1977) ซึ่งได้ประยุกต์จากแนวคิดของ Beck (1967) และพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมเพื่อใช้ป้องกันความเครียด โดยมีแนวคิดว่าความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นมักสัมพันธ์กับความคิดที่ผิดไปจากความจริง (Misconception) ซึ่งในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจะต้องเผชิญกับภาวะที่ถูกถาม ทำให้มีโอกาสเกิดความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบและอาจนำไปสู่การเกิดความเครียดขึ้น โปรแกรมนี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ โปรแกรมนี้แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดการร่วมมือระหว่างผู้รับการฝึก และผู้ให้การฝึก และการให้ความรู้เรื่องความเครียด เพื่อให้ผู้รับการฝึกเข้าใจถึงธรรมชาติของความเครียดของตนเอง และผลกระทบของความเครียด โดยให้ผู้รับการฝึกสำรวจร่วมกันถึงความเชื่อ และเจตคติในสถานการณ์ที่ทำให้

เกิดความเครียดของแต่ละคน ระยะที่ 2 เป็นการสอนทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้แนวทางในการจัดการกับความเครียดทั้งทักษะทางพฤติกรรม ทักษะทางปัญญา ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทักษะในการสอนตนเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ และมีการฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง ระยะที่ 3 เป็นการนำทักษะเกี่ยวกับการเผชิญกับความเครียดไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่มแบบวัดซ้ำ เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2550

### ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาตรวจรักษา หรือมารับยาแทนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่แผนกจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ในระหว่าง เดือนมีนาคม พ.ศ.2550 จำนวน 55 คน จากนั้นผู้วิจัยได้คัดกรองผู้ดูแลที่มีความเครียดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไปและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยตรงเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน 3) มีภูมิลำเนาที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และ 4) ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ เข้าร่วมในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 18 คน จากนั้นผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อแยกผู้ดูแลเป็นกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 9 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

#### ส่วนที่ 1 โปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมนี้ขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Meichenbaum (1977) โดยผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีและ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการปรับ พฤติกรรมทางปัญญา เรื่องการฝึกการป้องกัน ความเครียด (Stress Inoculation Training) โปรแกรมนี้ประกอบด้วย การฝึก จำนวน 8 ครั้ง แต่ละ ครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใน วันพุธ และวันอาทิตย์ โปรแกรมนี้มีขั้นตอนของ การฝึก ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการดำเนินงานของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม ทางปัญญา

ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและ ผลกระทบของความเครียด ความคิดที่มีผลต่อความ เครียด

ครั้งที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท

ครั้งที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการพูดกับ ตนเอง และการฝึกปฏิบัติในกลุ่ม

ครั้งที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการหายใจ และฝึกปฏิบัติทักษะ

ครั้งที่ 6 ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ และฝึกปฏิบัติทักษะ

ครั้งที่ 7 ใช้เทคนิคบทบาทสมมติในสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดและให้ผู้รับการฝึกซ้อมทักษะ การพูดกับตนเอง การฝึกการหายใจ และการผ่อนคลาย

### กล้ามเนื้อ

ครั้งที่ 8 สรุปและประเมินผลกิจกรรมการเข้า ร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา

ก่อนนำโปรแกรมไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำโปรแกรม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ อันได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน จิตเวช พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านกลุ่มบำบัด อาจารย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช เพื่อตรวจสอบความ ตรงและความเหมาะสมของโปรแกรม จากนั้นนำ โปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ ไม่ได้เข้าร่วมการทดลองครั้งนี้ แล้วนำไปปรับปรุงก่อน นำไปใช้จริง

#### ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วย

2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในงานวิจัยนี้ประเมินโดยการให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามและการวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

2.1 แบบประเมินความเครียดสำหรับ คนไทย (Thai Stress Test) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย สุชีรา กัทธายุวรรณ (2545) ประกอบด้วย 24 ข้อคำถาม มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านละ 12 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มที่มีความ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่า ความเที่ยงครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .84

2.2 เครื่องมือวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ Electromyograph (EMG)

ในการวัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ EMG Biofeedback รุ่น PE 100 I โดยวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก (Frontalist Muscle) โดยเครื่องสามารถอ่านค่าได้

ตั้งแต่ 0.5-100 ไมโครโวลต์

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาด้วยความสมัครใจ ไม่มีข้อบังคับใดๆ เมื่อทำการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าในกลุ่มทดลองและควบคุม ผู้วิจัยมีการอธิบายมีการอธิบายขั้นตอนและกิจกรรมที่ได้รับ ในกลุ่มทดลองจะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาจำนวน 8 ครั้ง ส่วนในกลุ่มควบคุม ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามปกติจากทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง และมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ แผนกจิตเวช เป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ซึ่งได้รับการอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลและทดลองใช้แบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดและคะแนนความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สิ้นสุดทันที และ

ระยะหลังติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) แบบหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (One Between Subject Variable and One Within Subject Variable) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพรัตน์ วัฒนาม (2546) เมื่อทดสอบพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความเครียดและคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อ มีความแตกต่างกันแต่ละระยะ จากนั้นทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของนิจแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองมีจำนวน 9 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 42.67 ปี ( $SD = 15.5$ ) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 33.3 และภรรยาร้อยละ 33.3 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 44.4 และโสดร้อยละ 44.4 จบระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.7 อาชีวรับจ้างร้อยละ 55.6 รายได้เพียงพอร้อยละ 77.8 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1-5 ปีร้อยละ 44.4 ไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 55.6 และมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือร้อยละ 66.7

2. ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาต่อความเครียดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ สามารถสรุปได้ดังนี้

จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม

ผล 1 เดือน และทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบรายคู่ของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

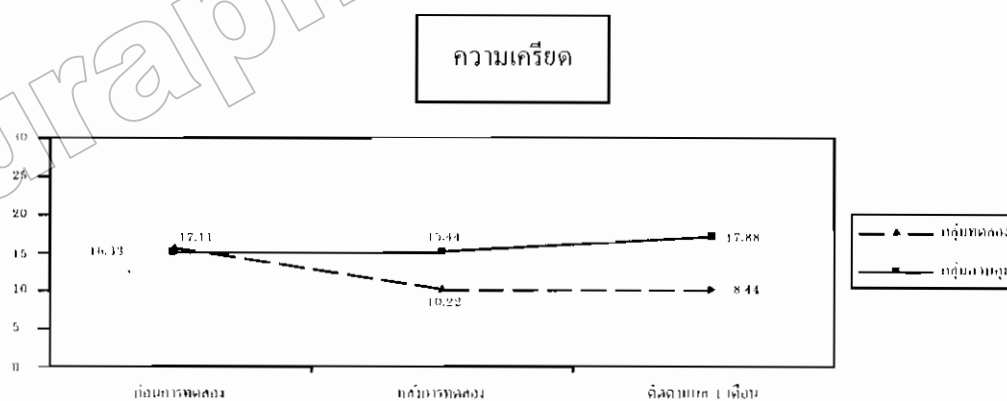
Source of Variation	df	SS	MS	F
Between Subjects	17	1425.87		
Groups (G)	1	289.35	289.35	4.07
SS Within groups	16	1136.52	71.03	
Within Subjects	36	970.00		
Intervals (I)	2	167.26	83.63	4.73**
I x G	2	237.48	118.74	6.72**
I x SS Within group	32	565.26	17.66	
Total	53	2395.87		

\*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 1 พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและวิธีการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่คะแนน

เฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการที่วิธีการและระยะเวลามีปฏิสัมพันธ์กันสามารถแสดงได้ในรูปของกราฟดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองที่เกี่ยวกับความเครียด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

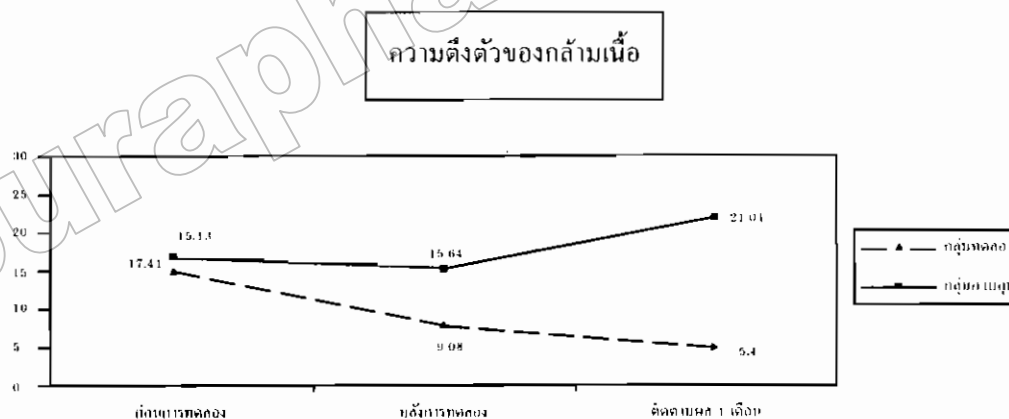
Source of Variation	df	SS	MS	F
Between Subjects	17	2558.21		
Group (G)	1	898.74	898.74	8.66*
SS Within groups	16	1659.47	103.71	
Within Subjects	36	1423.73		
Intervals (I)	2	151.72	75.86	2.84
I x G	2	419.36	209.68	7.86**
I x SS Within group	32	852.65	26.64	
Total	53	3981.94		

\*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$

จากตารางที่ 2 พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและวิธีการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) คะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ย

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการที่วิธีการและระยะเวลามีปฏิสัมพันธ์กันสามารถแสดงได้ในรูปของกราฟดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองที่เกี่ยวกับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ



ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดเป็นรายคู่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธีการทดสอบแบบนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls Method)

	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนการทดลอง	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลัง การทดลองเสร็จสิ้น
		17.11	10.22
ก่อนการทดลอง	17.11	-	
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	10.22	6.89*	
ระยะติดตามผล 1 เดือน	8.44	8.67*	1.78

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 3 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบรายคู่แบบนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls Method) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังการ

ทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความเครียด ระยะติดตามผลแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจของกล่ามนื้อเป็นรายคู่ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธีการทดสอบแบบ นิวแมนคูลส์ (Newman Keuls Method)

	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนการทดลอง	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย หลังการทดลองเสร็จสิ้น
		15.13	9.08
ก่อนการทดลอง	15.13	-	
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	9.08	6.05*	
ระยะติดตามผล 1 เดือน	5.40	9.73*	3.68

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 4 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบรายคู่แบบนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls Method) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ระยะติดตามผลแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะติดตามผล 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อระดับความเครียดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการปรับพฤติกรรมทางปัญญาในรูปแบบที่เรียกว่า Stress Inoculation Training เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีทักษะในการจัดการและป้องกันความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวคิดว่ามี การฝึกฝนทักษะมากขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นๆ มีความมั่นใจในการนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับความเครียดได้ เปรียบได้กับการค่อยๆ สร้างภูมิคุ้มกันให้เกิดขึ้น ดังนั้นจึงต้องใช้ระยะเวลาและการฝึกฝนทักษะต่างๆ ในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีอาจเป็นช่วงที่เพิ่งจะสิ้นสุดการเรียนรู้ ยังไม่สามารถนำทักษะทั้งหมดไปใช้ได้เต็มที่ จึงอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะนี้แตกต่างจาก

กลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระยะ 1 เดือนหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของการเรียนรู้ที่ว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดี หากมีการกระทำซ้ำในพฤติกรรมนั้นๆ (Dollard & Miller, 1950 อ้างถึงใน ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2538)

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อร่างกายเกิดความเครียด จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้น โดยความเครียดกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น โดยการหลั่งสารนอร์อะดรีนาลีน (Noradrenaline) ออกมาทำให้กล้ามเนื้อเกิดการเกร็งตัวอย่างรวดเร็วเพื่อตอบสนองภาวะคุกคามหรืออันตรายที่ก่อให้เกิดความเครียด และต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal Medulla) หลั่งสารแคทีโกลามีนส์ (Catecholamines) โดยเฉพาะสารอีพิเนฟริน (Epinephrine) ออกมาทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว กล้ามเนื้อสั่นกระตุก หรือทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเข้ารับการฝึกทักษะในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเทคนิคครั้งนี้สามารถเรียนรู้และเข้าใจได้ง่าย และสามารถทำร่วมกับทักษะการหายใจได้พร้อมกันในเวลาเดียวกัน ซึ่งทักษะการหายใจนั้นช่วยให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น เพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อท้องและลำไส้ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกมีการทำงานลดลงกล้ามเนื้อจึงเกิดการผ่อนคลาย เมื่อผู้ดูแลเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงได้ทันทีหลังจากการฝึกทักษะ จึงเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมให้สมาชิกกลุ่มสนใจและนำไปใช้ ในการจัดการกับความเครียด เมื่อมีการใช้ทักษะอย่างต่อเนื่องมีผลให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ซึ่ง บราวน์ (Brown, 1977) อธิบายการทำงานของระบบกล้ามเนื้อเป็นระบบที่ควบคุมนอกอำนาจจิตใจ เมื่อได้รับกระแสประสาทจากเส้นประสาทคู่ที่ 10 (Vagus Nerve) กล้ามเนื้อที่เขยได้รับการฝึก

ผ่อนคลายแล้วจะรับรู้ปฏิกริยาผ่อนคลายได้โดยอัตโนมัติ จึงมีผลให้คะแนนเฉลี่ยความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่สามารถทำให้ความเครียดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงได้ โดยสามารถประเมินได้ทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยการวัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการประเมินตนเองโดยใช้แบบวัดความเครียด

#### ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. ควรมีการติดตามของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อความเครียด ในระยะยาว เช่น ระยะ 3 เดือน ระยะ 6 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ภายจากปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวแล้ว
2. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อตัวแปรอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล การรับรู้ภาวะในกรดูแล ภาวะซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง
3. ควรมีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญากับวิธีการอื่นในการลดความเครียด เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ เป็นต้น

#### กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์และได้รับความช่วยเหลือจากหลายๆ ฝ่าย อีกทั้งได้รับข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ จากท่านคณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ทำการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและโปรแกรม ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี หัวหน้ากลุ่มการ

พยาบาล หัวหน้าตึกจิตเวช ตลอดจนบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา ผู้ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยและผู้ดูแลทุกท่านที่เข้าร่วมทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในงานวิจัยครั้งนี้ ด้วยความอนุเคราะห์เหล่านี้ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

#### เอกสารอ้างอิง

จุมพล สมประสงค์. (2549). การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(3), 184-196.

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความกังวล และสุขภาพ*. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์.

ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). อารมณ์และความต้องการคำแนะนำ : กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 14(2), 30-39.

ดรณี รุจกรกานต์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และพร้อมจิตร์ ท่อนบุญเหิม. (2538). *รูปแบบในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ในชนบท*. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ไพรัตน์ วงษ์นาม. (2546). *การวิเคราะห์ข้อมูล Factorial Design ด้วย SPSS for Windows syntax & Menu*. ชลบุรี : ภาควิชาวิจัยและวัดผลการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศรีสุดา วนาลีสิน, จิตลัดดา ไชยมงคล, ทิพย์ภา เชษฐ์ชาวลิด และพรพรรณ อ้าวเจริญ. (2546). ปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(3), 121-131.

สมบัติ คาปัญญา. (2526). *คู่มือคลายเครียด : ความรู้เรื่องความเครียดการป้องกันและแก้ไข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เจริญบุญการพิมพ์.

สมกพ เรืองตระกูล และคณะ. (2540). *คู่มือ*

จิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ เรือนแก้ว.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชีรา กัทธาบุตรรัตน์, เข็มชัยงามทิพย์วัฒนา และกนกรัตน์ สุขะดุงคะ. (2543). การพัฒนาแบบวัดความเครียดในคนไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(3), 237-250.

เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Beck, A. T. (1967). *Depression : Clinical experimental and theoretical aspects*. New York : Floeber Medical Division.

Beck, A. T., (1976). *Cognitive therapy and emotion disorder*. New York : International Universities Press.

Boekaerts, M., Pintrich, P.R., & Zeidner, M. (2000) *Handbook of self-regulation*. San Diego : Academic Press.

Brown, B. B. (1977). *Stress and the art of biofeedback*. New York: Harper & Row.

Clark, D.M. & Fairburn, C.G. (1997). *Science and practice of cognitive behavioral therapy*. Oxford : Oxford University Press.

Clark, D.M ; Kirk, J., Hawton, K ; & Salkovsky, (1990). *Cognitive for psychiatric problem*. Oxford : Oxford University Press.

Ferriter, M. & Huband, N. (2003). *Experiences of parents with a son or daughter suffer from Schizophrenia*. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10, 552-560.

Hyde A.P. (1997). Coping with the threatening, Intimidating, violent behaviors of

people with psychiatric disabilities living at home : Guideline for family caregiver. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 144-149.

Kaplan, H. L., & Sadock, B. J. (2000). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral Science and clinical psychiatry* (8<sup>th</sup> ed.). Baltimor : Williams and Wikins.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York : Mosby.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification : An integrative approach*. New York : Plenum.

\_\_\_\_\_ (1985). *Stress inoculation training*. New York : Pergamon Press.

\_\_\_\_\_ (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *Clinical Psychologist*, 49, 4-7.

Meichenbaum, D. (2001). *Treating individuals with anger control problems and aggressive behaviors*. Waterloo, ON : Institute Press.

Meichenbaum, D., & Cameron, R. (1983). Stress inoculation training : Toward a general paradigm for training coping skills. In D. Meichenbaum & M. Jaremko (Eds), *Stress reduction and prevention* (pp. 115-154) New York : Plenum.

Meichenbaum, D., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *Counseling Psychologist*, 16, 69-90.

Varcariolis, E.M. (1999). Schizophrenia disorders. *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*, 3, 625-680.

World Health Organization (2008). Schizophrenia. Retrieved January 25, 2008, from [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/).