A Study and Development of Resilience of Psychiatric Patient Caregivers Through Individual Counseling*

*Tuntima Doungyota** Thossaporn Prasoetsuk*** Pongpan Kirdpitak*** Boonchird Pinyoanuntapong*****

Abstract :

The purposes of this study were to study resilience components, to construct an individual counseling program and to compare the individual counseling effectiveness in developing the psychiatric patient caregivers' resilience. The subjects were out-patient psychiatric caregivers of Suansaranrom Psychiatric Hospital in Suratthani province. They were divided into two groups. The first group consisted of 500 psychiatric patient caregivers being representative of a resilience component study. The second group included 16 psychiatric patient caregivers obtaining resilience scores lower than 25th percentile. They were, then, randomly matched into two groups; classified as an experimental group and a control group. Each group consisted of eight caregivers. The experimental group participated in the individual counseling; whereas the control group did not. Data were collected by administering psychiatric patient caregivers' resilience questionnaires. Then, LISREL was performed to analyze A Confirmatory Factor Analysis. Moreover, a social statistic package was used to analyze a total resilience comparison before and after counseling and after the follow up period between the experimental group and the control group by performing a Two-way Repeated Measure ANOVA. In order to compare each resilience component between the experimental group and the control group, a Three-factor mixed ANOVA was employed. Finally, a One-way Repeated Measure ANOVA was used to compare total resilience and each resilience component before and after counseling and after the follow up period of both the experimental group and the control group.

The results of the study confirmed that the model of resilience functioning could be characterized into six components: physical, relation, emotion, morality, cognition and spirituality. The model was consistent with the empirical data with Chi-square (χ^2 = 79.21, df = 68, p = 0.17). Moreover, other indices yielded the overall fit of the model as follows: RMSEA = 0.02, GFI = 0.98, AGFI = 0.96, CFI = 1.00, RMR =0.06. According to the individual counseling program construction for the resilience development, the total resilience and each of the resilience components of experimental group were found to exist before and after counseling and after the follow up period at .05 level. The results of this study indicated that an individual counseling program was a key factor in increasing psychiatric patient caregivers' resilience. In addition, statistically significant differences in total resilience and each component of the resilience between the experimental group and the control group were found to exist before and after counseling and after the follow up period at .05 level.

Keywords: resilience of psychiatric patient caregivers, individual counseling program

---

* Dissertation for the Doctor of Education in Counseling Psychology

** Graduate Student, Doctoral deegree in Counseling Psychology

*** Assistance Professor, Academic freedom

**** Professor at Faculty of Psychology, Kasem Bundit University

***** Associate Professor, Academic freedom

การศึกษาและพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล*

*ตันติมา ด้วงโยธา** ทศพร ประเสริฐสุข*** ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์**** บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์*****

บทคัดย่อ :

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบของความหยุ่นตัว 2) สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และ 3) เปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของความหยุ่นตัวจำนวน 500 คน ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนความหยุ่นตัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน แล้วใช้วิธีการจับคู่ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากันกลุ่มละ 8 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใช้โปรแกรม LISREL ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสังคมศาสตร์ ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความหยุ่นตัวโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสองทาง (Two-way Repeated Measure ANOVA) เปรียบเทียบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายองค์ประกอบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสามทาง (The Three-factor Mixed ANOVA) และเปรียบเทียบความหยุ่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดทางเดียว (One-way Repeated Measure ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความหยุ่นตัวประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสัมพันธภาพ ด้านอารมณ์ ด้านคุณธรรม ด้านการรู้คิด และด้านจิตวิญญาณ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2) = 79.21, df = 68, p = 0.17, RMSEA = 0.02, GFI = 0.98, AGFI = 0.96, CFI = 1.00, RMR = 0.06 และผลจากการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็น

---

* ปริญญานิพนธ์ การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

**** ศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

***** รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

รายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัว พบว่า ความหยุ่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบเฉพาะในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีผลให้ความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น และผลการเปรียบเทียบความหยุ่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ความหยุ่นตัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

กรมสุขภาพจิตประมาณการว่า ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 1 ของจำนวนประชากร หรือประมาณ 600,000 คน และผู้ป่วยทุกรายจะมีคนในครอบครัวเป็นทุกข์ร่วมด้วย 4 คน หรือมีผู้ร่วมทุกข์ประมาณ 2,400,000 คน (กรมสุขภาพจิต, 2549 : 3) สาเหตุที่ผู้ร่วมทุกข์ต้องเป็นคนในครอบครัว เพราะว่าผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่กับญาติที่บ้าน มีจำนวนน้อมรายที่สามารถอยู่เองตามลำพัง (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2546: 119) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ เสียการรับรู้ความเป็นจริง เสียการหยั่งรู้ตนเองและมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเวช ดังกล่าวทำให้ครอบครัวได้รับความเสียหาย ถูกรบกวน และทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาพักผ่อนน้อยลง นอกจากนี้การตีตราทางสังคม และการกีดกันผู้ป่วยทางจิตออกจากสังคม ความสับสนของสมาชิกครอบครัว ความยากลำบากทางการเงิน ปัญหาการจ้างงานสัมพันธภาพที่ตึงเครียดของสมาชิกครอบครัว สุขภาพทางกายที่เลวลง และชีวิตทางสังคมที่ลดน้อยลง ความทุกข์ ความเศร้าใจที่เรื้อรัง การสูญเสียความฝันและความหวังของบุคคลที่ได้รับผลกระทบ พฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย การไม่ได้เตรียมตัวของครอบครัวในการจัดการกับความท้าทายที่เกิดขึ้น ทั้งหมดที่กล่าวมาล้วนเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปกับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิต ซึ่งผลกระทบดังกล่าวไม่ได้หมดไปได้ในเวลาระยะสั้น (Goldenberg & Goldenberg, 2004: 357; citing Marsh & Johnson, 1997) สมาชิกของครอบครัวที่น่าจะได้รับผลกระทบจากภาวการณ์เจ็บป่วยมากที่สุด ได้แก่ สมาชิกที่ต้องรับผิดชอบเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยที่เรียกว่า ผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน เพราะนโยบายของกรมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและกลับไปอยู่ที่บ้านได้นานที่สุด ซึ่งนอกจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแล้ว สมาชิกครอบครัวและชุมชนจะเป็นพลังสำคัญยิ่งที่จะช่วยประคับประคอง สร้างกำลังใจ ให้โอกาส ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถกลับมาประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (กรมสุขภาพจิต, 2549 : 16) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงเป็นบุคคลสำคัญในการมีส่วนช่วยผู้ป่วยและส่งผลให้นโยบายดังกล่าวบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มประชากรสำคัญที่ควรส่งเสริมให้มีความสามารถในการจัดการกับผลกระทบทางลบต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากจากการดูแลผู้ป่วย เช่น

ความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธที่จะแสดงออกไปยังผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ความสามารถในการจัดการกับความรู้สึกท้อแท้ เป็นต้น ดังนั้น ความหยุ่นตัว (Resilience) จึงเป็นเรื่องหนึ่งที่จำเป็นต้องพัฒนาให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะความหยุ่นตัว หมายถึง การกลับไปสู่การทำหน้าที่ในระดับเดิมหลังการบาดเจ็บทางใจหรือหลังการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นกระบวนการที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความงอกงามและการทำหน้าที่ที่ดี ความหยุ่นตัวเป็นโครงสร้างทางมิติที่หลากหลาย และเป็นองค์รวม (Bauman, Adam & Waldo, 2001: Online) เป็นความสามารถในการเผชิญ และเปลี่ยนสถานการณ์ที่ยากลำบากให้ได้ดีที่สุด และเป็นความสามารถในการพัฒนาวิธีการลดความตึงเครียด (Levy, 2003 : Online)

เป็นกระบวนการของการปรับตัวได้ดีในการเผชิญกับความโชคร้าย เช่น ปัญหาครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรง ปัญหาในที่ทำงาน ปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น (American Psychological Association - APA, 2004 : Online)

นอกจากนี้ความหยุ่นตัวเป็นคุณลักษณะที่ทำให้บุคคลสามารถเอาชนะวิกฤตชีวิตหรือความโชคร้ายได้ มี 6 องค์ประกอบตามแนวคิดของเดวิส (Davis, 1999 : Online) ได้แก่ 1) ความสามารถด้านกายภาพ (Physical competence) แสดงถึงการมีสุขภาพดีและมีนิสัยที่ยืดหยุ่น 2) ความสามารถด้านสังคมและความสามารถด้านสัมพันธภาพ (Social and relational competence) แสดงถึง การที่บุคคลมีความสารถในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เป็นความรู้สึกผูกพัน และมีความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน มีความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง 3) ความสามารถด้านอารมณ์ (Emotional competence) เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีความสามารถในการรอคอยความพึงพอใจ 4) ความสามารถด้านคุณธรรม (Moral competence) เป็นการอุทิศตนสนับสนุนช่วยเหลือผู้อื่นเช่น ได้ช่วยแก้ไขปัญหา ช่วยตัดสินใจ ช่วยวางแผน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความหมาย 5) ความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive competence) แสดงถึงการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจถึงขั้นตอนในการจัดการกับความท้าทายทางสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ดี มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถประสบผลสำเร็จตามที่ปรารถนา และ 6) ความสามารถด้านจิตวิญญาณ (Spiritual competence) แสดงถึง เป็นความศรัทธาที่เป็นเหตุผลส่วนบุคคล การมองเห็นความหมายในชีวิต การมีศีลธรรม การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ

วิธีการในการพัฒนาความหยุ่นตัวนั้นมีหลากหลายวิธี การให้คำปรึกษาเป็นวิธีที่สำคัญวิธีวิธีหนึ่งที่สามารถใช้พัฒนาความหยุ่นตัวได้ เช่น ได้มีการศึกษาการประเมินการ ให้ความช่วยเหลือเพื่อความหยุ่นตัว โดยใช้โมเดลการคิดแบบ ABCDE ของอัลเบิร์ต เอลลิส ซึ่งเป็นเทคนิคทางการให้คำปรึกษาในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงการตีความหรือการคิดที่ท้อถอย ไปสู่การตีความเชิงเสริมสร้างพลัง ผลของการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความหยุ่นตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Steinhardt, & Dolbier. 2008 : 445-452) นอกจากนี้ โรแลนด์ (Roland, 2006 : Online) กล่าวว่าจากการที่ผู้ให้คำปรึกษามีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงและงอกงาม ผู้ให้คำปรึกษาจะสร้างเสริมความหยุ่นตัวด้วยการช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยให้บุคคลมีความหวัง มองภาพใหม่เกี่ยวกับการสูญเสีย สนับสนุนให้บุคคลค้นหาความหมายในชีวิต

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อจะได้ทราบถึงองค์ประกอบของความหยุ่นตัวของผู้ดูแล

ผู้ป่วยและใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อันส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความพร้อม มีความสามารถที่จะเผชิญและคืนกลับจากสถานการณ์ที่วิกฤตและยากลำบากซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. เพื่อสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3. เพื่อเปรียบเทียบความหยุ่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบภายในกลุ่มทดลอง ช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

4. เพื่อเปรียบเทียบความหยุ่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐาน

1. ความหยุ่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายในกลุ่มทดลอง ช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกัน

2. ความหยุ่นตัวโดยรวมและรายองค์ประกอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันทั้งช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี โดยผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเคยรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และพาผู้ป่วยจิตเวชที่อาการทางจิตทุเลามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ระหว่างเดือนธันวาคม 2551 ถึงเดือนมกราคม 2552 และเนื่องจากไม่ทราบจำนวนของประชากร ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์การพิจารณาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามที่คอมเรย์ และลี (Tabachnick & Fidell, 2001 : 588; citing Comrey and Lee. 1992) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบที่ดีมาก (Very Good) คือ 500 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองโปรแกรมการพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนความหยุ่นตัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 จำนวน 16 คน มีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง แล้วใช้วิธีการจับคู่ ผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันคือ เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากันกลุ่มละ 8 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้คำปรึกษา

การที่กลุ่มทดลองมีจำนวนน้อย เนื่องจากผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาได้จำนวน 10 ครั้ง ในระยะเวลาติดต่อกัน 10 สัปดาห์มีจำนวนจำกัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหยุ่นตัว และสำรวจข้อมูลเบื้องต้นโดยการใช้แบบสอบถามปลายเปิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อกำหนดความหยุ่นตัว

ด้านต่างๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังจากนั้นได้นำข้อมูลที่ศึกษาและที่เก็บรวบรวมได้มาพิจารณาร่วมกับองค์ประกอบของความหยุ่นตัวของเดวิส (Davis. 1999 : Online) ซึ่งประกอบด้วย (1) ความสามารถด้านกายภาพ (2) ความสามารถด้านสัมพันธภาพ (3) ความสามารถด้านอารมณ์ (4) ความสามารถด้านคุณธรรม (5) ความสามารถด้านการรู้คิด และ (6) ความสามารถด้านจิตวิญญาณ เขียนนิยามศัพท์เฉพาะแล้วสร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ เป็นมาตราประเมิน (Rating Scale) 4 ระดับ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Evidence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Tryout) โดยสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) อยู่ระหว่าง .20 - .63 รวมจำนวนข้อคำถาม 36 ข้อและค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (α-Coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับความหยุ่นตัว และศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เป้าหมาย เทคนิคของการให้คำปรึกษา ดำเนินการจัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยลักษณะของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มุ่งพัฒนาความสามารถที่เป็นองค์ประกอบของความหยุ่นตัวทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยเทคนิคทางการให้คำปรึกษาที่นำมาประยุกต์ใช้นอกจากเทคนิคพื้นฐานทางการให้คำปรึกษาผู้วิจัยยังใช้เทคนิคเฉพาะมาใช้ ประกอบด้วย

1. การพัฒนาความสามารถด้านกายภาพ ใช้เทคนิควิธีการ 9 วิธีเพื่อการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) เทคนิคการให้ข้อมูล เทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม

2. การพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพ ใช้การวิเคราะห์โครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) การวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เทคนิคการยกตัวอย่างประกอบการอธิบาย (Illustration) เทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) เทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics) เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม

3. การพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ ใช้เทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) เทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม

4. การพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรม ใช้เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) เทคนิคการยืนยัน (Confirmation)

5. การพัฒนาความสามารถการรู้คิด ใช้เทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique) เทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in a Non-Blaming Manner Technique) เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม

6. การพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณ เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบ A-B-C เทคนิคการบ่งชี้ (Specification) เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language)

ตรวจสอบและพิจารณาความเหมาะสมของวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ขั้นตอนของการให้คำปรึกษา การเลือกใช้ทฤษฎีและเทคนิคของการให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน แล้วผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการให้คำปรึกษา นำโปรแกรมที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลอง และปรับแก้ไขโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง

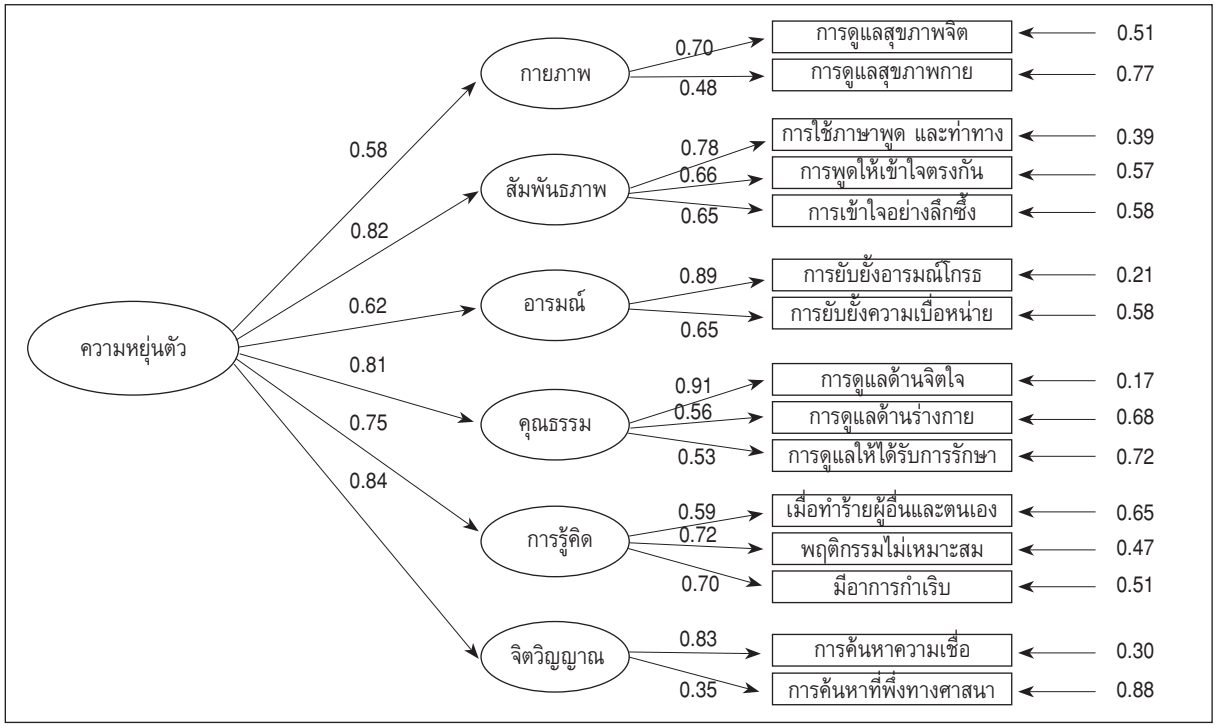
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดทางเดียว (One-way Repeated Measure ANOVA) ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสองทาง (Two-way Repeated Measure ANOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสามทาง (The Three-factor mixed ANOVA)ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

ผลการวิจัย

1. โมเดลโครงสร้างความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยสถิติค่าไค-สแควร์ (χ^2) เท่ากับ 79.21 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (p) เท่ากับ 0.17 ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ เท่ากับ 1.16 ดัชนีความเหมาะสมพอดี (GFI) เท่ากับ 0.98 ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ 0.96 ดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ค่ารากของกำลังสองของเศษ (RMR) เท่ากับ 0.06 และดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.02 ดัชนีดังกล่าวแสดงว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถด้านกายภาพ วัดจากความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลสุขภาพกาย 2) ความสามารถด้านสัมพันธภาพ วัดจากความสามารถในการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง ความสามารถในการพูดให้เข้าใจตรงกัน และความสามารถในการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง 3) ความสามารถด้านอารมณ์ วัดจากความสามารถในการยับยั้งอารมณ์โกรธ และความสามารถในการยับยั้งความรู้สึกเบื่อหน่ายและวิตกกังวล 4) ความสามารถด้านคุณธรรม วัดจากความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา 5) ความสามารถด้านการรู้คิด วัดจากความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายผู้อื่นและตนเอง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม และความสามารถในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และ 6) ความสามารถด้านจิตวิญญาณ วัดจากความสามารถในการค้นหาความเชื่อความหวังและความสามารถในการค้นหาที่พึ่งทางศาสนา ทั้งนี้น้ำหนักองค์ประกอบในแต่ละด้านมีค่าเป็นบวก จึงแสดงว่าองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการวัดความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้เมื่อพิจารณาขนาดน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณมีค่าน้ำหนักมากที่สุด เท่ากับ .84 รองลงมา

ได้แก่ องค์ประกอบความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความสามารถด้านคุณธรรม ความสามารถด้านการรู้คิด ความสามารถด้านอารมณ์ และความสามารถด้านกายภาพ โดยมีค่าน้ำหนักเท่ากับ .82 .81 .75 .62 และ .58 ตามลำดับ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. ผลการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นการพิจารณาองค์ประกอบของความหยุ่นตัวที่ได้จากการวิเคราะห์ แล้วประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับองค์ประกอบและตัวชี้วัดความหยุ่นตัว มาใช้เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม โดยเลือกใช้เทคนิคจากทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แบบพฤติกรรมนิยม แบบวิเคราะห์สัมพันธภาพ แบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม แบบพฤติกรรมการรู้คิด และแบบมุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา ซึ่งการให้คำปรึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ (1) ขั้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างวิจัยและผู้ดูแล (2) ขั้นพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล เป็นการนำวิธีการและเทคนิคเฉพาะของทฤษฎีการให้คำปรึกษามาใช้ในการให้คำปรึกษา และ (3) ขั้นการยุติการให้คำปรึกษา

3. ผลการเปรียบเทียบความหยุ่นตัวโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (F = 18.427) พบผลการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับคะแนนแบบความหยุ่นตัวโดยรวม กับผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 26.434) แสดงว่า คะแนนที่ได้จากผลการวัดความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมแต่ละครั้งของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F
ระหว่างกลุ่ม				
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	2.237	1	2.237	18.427*
ความคลาดเคลื่อน	1.699	14	.121	
ภายในกลุ่ม				
ผลการวัดก่อน-หลัง และหลังการติดตามผล	1.874	2	.973	32.326*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อน-หลังและหลังการติดตามผล	1.533	2	.766	26.434*
ความคลาดเคลื่อน	.812	28	.029	

*p < .05

4. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมในแต่ละกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความหยุ่นตัวโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากผลการวัดช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 34.440) ส่วนในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมในแต่ละกลุ่ม

กลุ่ม	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F
กลุ่มทดลอง	ผลการวัดก่อน หลังและหลังการติดตามผล	2.209	1	2.209	34.440*
	ความคลาดเคลื่อน	.449	7	.064	
กลุ่มควบคุม	ผลการวัดก่อน หลังและหลังการติดตามผล	.006	1	.006	.317
	ความคลาดเคลื่อน	.129	7	.018	

*p < .05

5. ผลการเปรียบเทียบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างความหยุ่นตัวรายองค์ประกอบกับผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล และและกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 2.096) และพบผลว่าความหยุ่นตัวรายองค์ประกอบมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 2.586) และผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อคะแนนความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 25.882) แสดงว่า คะแนนที่ได้จากผลการวัดความหยุ่นตัวรายองค์ประกอบในแต่ละครั้งของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความหยุ่นตัวรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำชนิดสามทาง แบบ One Between and Two Within Design

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F
ระหว่างกลุ่ม				
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	13.742	1	13.742	20.139*
ความคลาดเคลื่อน	9.553	14	.682	
ภายในกลุ่ม				
องค์ประกอบความหยุ่นตัว	26.353	5	5.271	20.280*
ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบความหยุ่นตัวกับกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	1.768	5	.354	1.361
ความคลาดเคลื่อน	18.192	70	.260	
ผลการวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผล	11.169	2	5.584	31.196*
ปฏิสัมพันธ์ของผลการวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผลกับกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	9.266	2	4.633	25.882*
ความคลาดเคลื่อน	5.012	28	.179	
ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบความหยุ่นตัวกับผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	2.436	10	244	2.586*
ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบความหยุ่นตัวกับผลการวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผลกับกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	1.974	10	.197	2.096*
ความคลาดเคลื่อน	13.188	140	.094	

*p < .05

6. ผลการเปรียบเทียบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบที่ได้ผลจากการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้จากการวัดช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกองค์ประกอบ (F = 7.515, F = 24.731, F = 6.275, F = 7.13.241, F = 35.814, F = 15.854) แสดงว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนความหยุ่นตัวรายองค์ประกอบที่ได้จากผลการวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ในทุกองค์ประกอบ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายองค์ประกอบที่ได้ผลจากการวัดช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F
ความสามารถด้านกายภาพ	2.771	2	1.385	7.515*
ความคลาดเคลื่อน	2.581	14	.184	
ความสามารถด้านสัมพันธภาพ	5.586	2	2.793	24.731*
ความคลาดเคลื่อน	1.581	14	.113	
ความสามารถด้านอารมณ์	1.322	2	.661	6.275*
ความคลาดเคลื่อน	1.475	14	.105	
ความสามารถด้านคุณธรรม	2.403	2	1.202	13.241*
ความคลาดเคลื่อน	1.270	14	.091	
ความสามารถด้านการรู้คิด	7.947	2	3.973	35.814*
ความคลาดเคลื่อน	1.553	14	.111	
ความสามารถด้านจิตวิญญาณ	2.423	2	1.212	15.854*
ความคลาดเคลื่อน	1.070	14	.076	

*p < .05

อภิปรายผล

1. จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ที่พบว่า โมเดลความหยุ่นตัวมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถด้านกายภาพ ด้านสัมพันธภาพ ด้านอารมณ์ ด้านคุณธรรม ด้านการรู้คิด และด้านจิตวิญญาณ และพบว่าองค์ประกอบความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีค่าน้ำหนักมากที่สุดคือ องค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณโดยผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของเลสเตอร์ มาสเต็น และแมคอีเว็น (Lester, Masten & McEven, 2006:113) ที่กล่าวว่าการศึกษาความหยุ่นตัวในผู้ใหญ่มักให้ความสำคัญกับความผาสุกทางจิตใจ การปราศจากการทุกข์ใจ ซึ่งจากตัวชี้วัดองค์ประกอบความสามารถด้านจิตวิญญาณในการวิจัยครั้งนี้ข้อหนึ่งคือ ความสามารถ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เชื่อว่าถ้าอดทนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปอาการของผู้ป่วยจะต้องดีขึ้นอย่างแน่นอน สอดคล้องกับที่เรวิช และแชทท์ (Reivich & Shatt, 2002: 40-41) กล่าวว่า บุคคลจะมีความหยุ่นตัว ต้องมีความสามารถประการหนึ่ง นั่นคือ สามารถมองโลกในแง่ดี ซึ่งได้แก่ การมีความเชื่อว่าสิ่งต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมปัญหาต่างๆ ได้ การมองโลกในแง่ดีจะทำให้บุคคลมีความอดทนที่จะทำให้สถานการณ์ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลอาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่ง คือ การมองโลกในแง่ดีนั่นเอง ตัวชี้วัดความสามารถด้านจิตวิญญาณอีกข้อหนึ่งคือ ความสามารถของผู้ดูแลในการใช้ความศรัทธาในคำสอนของศาสนาช่วยในการสร้างพลังใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง ความหยุ่นตัวของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเอดส์ ที่พบว่า มารดาของผู้ป่วยโรคเอดส์มีความหยุ่นตัวจากความสามารถที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การทำความเข้าใจความสำคัญทางจิตวิญญาณเกี่ยวกับโรคเอดส์ (Understanding the Spiritual Significance of AIDS) โดยการสำรวจความสำคัญทางศาสนาและจิตวิญญาณ สวดมนต์ เข้าร่วมกิจกรรมในโบสถ์ และกล่าวถึงกลุ่มสนับสนุนทางจิตวิญญาณว่ามีความสำคัญต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยของบุตร นอกจากนี้มารดาบางคนรู้สึกว่า ประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้สนับสนุนให้คิดใหม่หรือท้าทายความเชื่อทางจิตวิญญาณของตน

2. ผลการพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่า หลังจากที่กลุ่มทดลอง ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีคะแนนความหยุ่นตัวโดยรวม และรายองค์ประกอบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลส่งผลให้ความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งนี้เกิดจาก 3 ปัจจัย ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านกระบวนการและเทคนิคที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลมีข้อดีหลายประการดังที่ เจียรนัย ทรงชัยกุล (2542: 270) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะของผู้รับคำปรึกษาด้วยความละเอียด ครอบคลุมและรอบคอบอย่างเพียงพอนอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีและเทคนิคทางการให้คำปรึกษา รวมทั้งเนื้อหาด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาประยุกต์ใช้อย่างมีจุดมุ่งหมาย สอดคล้องกับตัวชี้วัดความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

2.1.1 ความสามารถด้านกายภาพ ในการพัฒนาความสามารถด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของบุคคลที่เป็นโรคจิต สาเหตุของโรคจิต อาการของโรคจิต การรักษาโรคจิต ผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิค 9 วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Nine Ways to Handle Stress Effectively Technique) ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดยหลังจากรับคำปรึกษาและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า ได้นำเทคนิคที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้อย่างสม่ำเสมอ และสอนเทคนิคการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Muscle Relaxation Training Technique) แก่ผู้ป่วยและญาติคนอื่นๆ ด้วย

2.1.2 ความสามารถด้านสัมพันธภาพ ในการพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทาง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบวิเคราะห์สัมพันธภาพด้วยการใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างบุคลิกภาพ (Structural Analysis) โดยมีความมุ่งหมายให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักว่า ขณะที่สื่อสารกับผู้ป่วยจะใช้สภาวะบุคลิกภาพแบบไหนที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์รูปแบบการสื่อสาร (Transactional Analysis) มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ดูแลตระหนักว่าในการสื่อสารกับผู้ป่วยควรใช้รูปแบบการสื่อสารแบบใดที่ส่งผลให้เกิดความเข้าใจตรงกันกับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการฟังที่ดีและไม่ดี (Poor and Good Listening Characteristics Technique) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถระบุลักษณะการฟังที่ดีและการฟังที่ไม่ดี เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยจะก่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ป่วย และหลังจากที่ผู้ดูแลนำเทคนิคเกี่ยวกับการสื่อสารไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าเมื่อพูดกับผู้ป่วยจะนึกถึงเทคนิคที่ได้รับการฝึกจากการให้คำปรึกษาและพยายามสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการสื่อสารที่รับกันระมัดระวังที่จะไม่พูดขัดใจผู้ป่วย ลดการใช้ลักษณะของพ่อแม่ที่วิพากษ์วิจารณ์ลง ขณะพูดก็มองหน้าผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากเทคนิคด้านการสื่อสารดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการแสดงให้เห็นถึงการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathic Assertion Technique) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทางที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง จากการสังเกตภาษาพูดและภาษาท่าทางของผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้บอกโดยตรงว่ารู้สึกหรือต้องการอะไร หลังจากนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลคนหนึ่งเล่าว่าได้กล่าวชมเชยที่ผู้ป่วยช่วยกวาดบ้าน เพราะเข้าใจว่าผู้ป่วยคงต้องการคำชมเชย ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมีสีหน้าที่แสดงถึงความภาคภูมิใจ

2.1.3 ความสามารถด้านอารมณ์ ในการพัฒนาความสามารถด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการกับความโกรธ (Coping with Anger Technique) ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมการรู้คิด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อการควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อต้องเผชิญกับความรู้สึกโกรธ เบื่อหน่าย วิตกกังวล และเทคนิคการเปลี่ยนคำพูดที่ใช้สรรพนาม “คุณ” ไปเป็นคำพูดที่ใช้สรรพนาม “ฉัน” (Turning You-Statement into I-Statement Technique) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลแสดงความรู้สึกกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิ ไม่คุกคามผู้ป่วย เมื่อใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) ผู้ดูแลทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2.1.4 ความสามารถด้านคุณธรรม ในการพัฒนาความสามารถด้านคุณธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยการใช้เทคนิคการให้ตัวแบบ (Modeling) ซึ่งเป็นตัวแบบที่แสดงให้เห็นถึงการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีคุณธรรมด้านความรับผิดชอบด้วยความตั้งใจดูแลผู้ป่วยครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยหลังจากที่ผู้วิจัยอ่านเรื่องของตัวแบบและร่วมกันอภิปราย ผู้ดูแลทุกคนกล่าวกับผู้วิจัยว่าจะทำหน้าที่ให้ครบถ้วน

มากขึ้น การนำเทคนิคการให้ตัวแบบมาใช้ดังกล่าว สอดคล้องกับที่ทิศนา แขมมณี (2546: 19-21) กล่าวว่า การพัฒนาคุณธรรมวิธีการหนึ่งที่ใช้ได้ผลก็คือ การให้ผู้ที่รับการพัฒนาสังเกตตัวแบบตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory) ที่พัฒนาขึ้นโดยอัลเบิร์ต แบนดูรา โดยที่แบนดูรา เชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเกิดขึ้นจากการสังเกตตัวแบบ

2.1.5 ความสามารถด้านการรู้คิด ในการพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่มุ่งเน้นการให้การศึกษาทางจิตวิทยา โดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบ (How to Calm an Anger Person Technique) เมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว ซึ่งเทคนิควิธีการทำให้คนที่โกรธสงบมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อทำให้ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการก้าวร้าวสงบลง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติและเทคนิคการสื่อสารความรู้สึกด้วยท่าทางที่ปราศจากการตำหนิ (Communicating Feeling in A Non-Blaming Manner Technique) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการใช้คำพูดที่แสดงความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเพื่อต่อรองให้ผู้ป่วยยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และฝึกเทคนิคนี้ให้กับผู้ดูแลเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนพยายามทำร้ายตนเอง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบด้วย ซึ่งขณะที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแลทุกคนสนใจรับฟัง และสามารถทบทวนแนวทางการปฏิบัติได้ถูกต้องนอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม โดยใช้เทคนิคการฝึกซ้อมพฤติกรรม (Behavior Rehearsal) และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะนำสิ่งที่ได้จากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติในชีวิตจริง เกิดความมั่นใจในการนำสิ่งที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปปฏิบัติเมื่อประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับที่เดวิส (Davis, 1999: Online) กล่าวว่า การที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถบรรลุผลสำเร็จตามที่ปรารถนา (Self-efficacy) จะมีส่วนทำให้เกิดความสามารถด้านการรู้คิด

2.1.6 ในการพัฒนาความสามารถด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยใช้หลักการของทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้วิจัยสร้างความตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผลแก่ผู้ดูแลโดยใช้เทคนิคการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรูปแบบ A-B-C ใช้เทคนิคการโต้แย้งเพื่อขจัดหรือเอาชนะความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล (Disputing of Irrational Beliefs) ของผู้ดูแล ได้แก่ การคิดว่าการมีลูกป่วยเป็นเรื่องเลวร้าย ไม่มีอะไรช่วยได้ ผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้นอย่างแน่นอน โดยโต้แย้งเพื่อให้ผู้ดูแลฉุกคิดอย่างมีสติ และใช้เหตุผลมากขึ้น ใช้เทคนิคการอภิปรายแบบซักถามอย่างมีเหตุผล (Socratic debate) เพื่อให้ผู้ดูแลเอาชนะความคิดที่ไร้เหตุผล ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนการใช้ถ้อยคำ (Changing One's Language) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยไม่มีวันดีขึ้น และใช้เทคนิคการยืนยัน (Confirmation) เพื่อย้ำเตือนให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่มีเหตุผล ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับที่สไตน์ฮาร์ท; และดอลเบียร์ (Steinhardt & Dolbier, 2008: 445-452) ได้ศึกษาการประเมินการให้ความช่วยเหลือเพื่อความหยุ่นตัว ด้วยการเสริมสร้างกลวิธีการแก้ไขปัญหาและปัจจัยเชิงป้องกัน และการบรรเทาอาการ โดยโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือเพื่อความหยุ่นตัว โดยใช้โมเดลการคิดแบบ ABCDE ของอัลเบิร์ต เอลลิส ในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงการตีความหรือการคิดที่ท้อถอยไปสู่การ

ตีความเชิงเสริมสร้างพลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความหยุ่นตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ข้อมูลจากผลการสรุปการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ใช้คำสอนของศาสนามาเสริมสร้างกำลังใจให้สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับที่มาสเต็น (Masten, 2009 : 30) กล่าวว่า ความเชื่อทางศาสนามีบทบาทสำคัญ ที่ทำให้เกิดความหยุ่นตัวในบุคคลได้อย่างชัดเจน เพราะระบบความเชื่อทำให้ชีวิตเต็มไปด้วยความหมาย และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ปรับตัวได้ท่ามกลางการเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก

2.2 ปัจจัยด้านผู้วิจัยในฐานะผู้ให้คำปรึกษาน่าจะมีส่วนทำให้ความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้วิจัยมีเจตคติที่ดีต่องานด้านการให้คำปรึกษา มีความรู้และมีทักษะจากการที่ได้ศึกษาและฝึกฝนด้านการให้คำปรึกษามาโดยเฉพาะประกอบกับในขั้นสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นการสร้างความคุ้นเคย การแนะนำตัว บอกให้ผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาหรือประโยชน์ต่างๆ ที่จะช่วยบรรเทาผลกระทบหรือความยากลำบากที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะเข้ารับการให้คำปรึกษา และตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย เมื่อได้มีโอกาสได้สำรวจผลกระทบจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และได้รับรู้เป้าหมายหรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้คำปรึกษาว่าจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในเรื่องต่างๆ ที่จะช่วยบรรเทาผลกระทบหรือความยากลำบากที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะเข้ารับการให้คำปรึกษา และตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง รวมทั้งมีความตั้งใจในการนำเทคนิคต่างๆ ที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2.3 ปัจจัยด้านผู้ดูแลในฐานะผู้รับคำปรึกษาน่าจะมีส่วนทำให้ความหยุ่นตัวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย เมื่อได้มีโอกาสได้สำรวจผลกระทบจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และได้รับรู้เป้าหมายหรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้คำปรึกษาว่าจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในเรื่องต่างๆ ที่จะช่วยบรรเทาผลกระทบหรือความยากลำบากที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะเข้ารับการให้คำปรึกษา และตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ควรศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของแนวคิดสำคัญ ขั้นตอน ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาในโปรแกรมการให้คำปรึกษา หรือควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนนำโปรแกรมไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเรื่องจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ลึกซึ้งมากขึ้นโดยการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลในระดับลึก เพื่อจะได้พัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างครอบคลุม

2. ในหน่วยงานที่เอื้อต่อการให้คำปรึกษากลุ่ม ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2549). การประชุมวิชาการสุขภาพจิต นานาชาติ ครั้งที่ 5 : จากหลังคาแดงสู่ชุมชน. *ข่าวสารกรม สุขภาพจิต*, 13 (7), 16.

เกษม ตันติผลาชีวะ. (2546). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวชในฮ่องกง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย,* 48 (2), 119.

เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2542). บริการปรึกษาในงานแนะแนวระดับมัธยมศึกษา. *ในเอกสารการสอนชุดวิชาการแนะแนวในระดับมัธยมศึกษา หน่วยที่ 1-7.* นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ทิศนา แขมมณี. (2546). *การพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยม : จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.* กรุงเทพฯ : เสริมสิน พรีเพรส ซิสเท็ม.

American Psychological Association. (2004). *The Road To Resilience.* Retrieved March 2, 2007, from ttp://www.apahelpcenter.org/featuredtopics/feature.php

Bauman, Sheri., Adam, J. Harrison., & Waldo, Michael. (2001, October). Resilience in the Oldest-Old. *Counseling and Human Development,* 2 (34), Retrieved May 15, 2007, from http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark

Davis, Nancy J. (1999). *Resilience, Status of the Research and Research-Based Programs.* Retrieved May 26, 2007, from http://mentalhealth.samhsa.gov/schoolviolence/5-28 resilience.asp

Goldenberg, Irene; & Goldenberg, Herbert. (2004). *Family Therapy: An Overview.* 6th ed. USA: Thompson Learning.

Lester, Barry M., Masten, Ann S., & McEwen, Bruce. (2006). *Resilience in Children. Massachusetts :* Blackwell Plubishing.

Levy, Judith M. (2003, February). AAMR Promoting Family Health and Resilience: AAMR Promotes Progressive Policies, Sound Research, Effective Practices, and Universal Human Rights for People with Intellectual Disabilities. *The Exceptional Parent.* 2(33) : Retrieved May 15, 2007, from http://www.infotraccollege.Thompson-learning.com/itw/infomark

Masten, Ann S. (2009, Summ). Ordinary Magic: Lessons from Research on Resilience in Human Development. *Education Canada,* 3 (49), 32.

Reivich, Karen, & Shatte, Andrew. (2002). *The Resilience Factor.* New York: Random House.

Roland, Catherine B. (2006, Spring). On Human Resilience: Our Role as Counselors. *Adultspan Journal,* 1 (2).

Steinhardt, Mary, & Dolbier,Christyn. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of Amarican Collenge Health,* 56 (4), 445-452.

Tabachnick, Barbara G., & Fidell, Linda S. (2001). *Using Multivariate Statistics. United States of America* : Allyn, & Bacon. Thompson, Elizabeth A. 1999). Resiliency in Families With a Member Facing AIDS. In The Dynamic of Resilient Families. McCubbin, Hamilton I., et al. pp. 135-158. California: Sage Publications.