



ผลของการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มที่มีต่อระดับความเครียดภาระการดูแลและการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่อง

Effectiveness of Group Counseling Based on Satir Model on Stress, Burden and Family Functions in Caregivers of Children with Intellectual Disabilities

ปรารถนา รัตตนิรวรรณ*, พลิศรา ธรรมโชติ*, สุวรรณีย์ พุทธิศรี**

Pratthana Rattanatirawan*, Palisara Thommachot*, Suwannee Putthisri**

* โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, National Institute for Child and Family Development

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่ม และเพื่อเปรียบเทียบความเครียด ภาระการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องโดยคัดเลือกแบบสมัครใจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย รวม 47 ราย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการปกติ ประเมินก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit Burden) ฉบับภาษาไทย 12 ข้อ และแบบประเมินการทำหน้าที่ในครอบครัว (Score-15) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติค่าที

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องที่เป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนค่าเฉลี่ยความเครียด ภาระการดูแลและการทำหน้าที่ในครอบครัว หลังเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มลดลงน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความเครียด ภาระการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความเครียดและภาระการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ในครอบครัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สรุป การให้การปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มอาจมีผลทางบวกต่อความเครียด ภาระการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัวผู้ดูแลเด็กเชาวน์ปัญญาบกพร่อง

คำสำคัญ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวซาเทียร์ เชาวน์ปัญญาบกพร่อง ภาระการดูแล ผู้ดูแล

Corresponding author: ปรารถนา รัตตนิรวรรณ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(1): 69-80

ABSTRACT

Objectives : To study the effects of group counseling based on Satir model and to compare the pre-post levels of stress burden and family function of care giver of intellectual disabilities children.

Methods : A quasi-experimental study with pretest-posttest control group was conducted. The samples were randomly selected from the care givers of children with intellectual disabilities consisted of 47 care givers, recruited using the inclusion criteria. There were 21 participants allocated to control group and 26 to experimental group. The experiment group participated in the group counseling based on Satir model program by the researcher as the group leader. The activities comprised 8 sessions, each lasting 90-120 minutes, one a week for 8 weeks. The control group received usual care services. The research instruments were the following: 1) Stress test (ST-20) developed by Department of Mental Health. 2) Zarit burden assessment, Thai version and 3) SCORE-15: Index of family functioning and change. Descriptive statistics, chi-square, paired t-test and independent t-test were used in data analysis.

Results : The post-test mean scores of stress and burden among the caregivers of intellectual disabilities children in the experimental group was significantly lower than the pre-test score ($p < .05$). Conversely, in the family function dimension of two groups were not significantly difference at .05 level after program.

Conclusion : Group counselling based on Satir model demonstrated positive effect to stress, burden and family function of care giver of children with intellectual disability

Keywords : group counseling satir model, caregivers intellectual disabilities, burden

Corresponding author: Pratthana Rattanatirawan

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(1): 69-80

บทนำ

สถานการณ์การเจ็บป่วยจากโรคจิตเวชต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็กในปัจจุบัน พบภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 1-3 ของประชากร¹ ในประเทศไทย พบความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาประมาณร้อยละ 0.4-4.7² ซึ่งเป็นภาวะที่มีพัฒนาการบกพร่องที่ส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานทั้งในสามด้านหลัก ได้แก่ ด้านการรับรู้ ด้านสังคม และด้านการดำรงชีวิตประจำวัน เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงและรุนแรงมาก จะมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน การแสดงลักษณะของโรคตั้งแต่เล็ก ทำให้มีระยะเวลาในการดูแลและรักษายาวนาน รวมถึงมักมีลักษณะอาการร่วมที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักเพิ่มขึ้นตามด้วย

จากลักษณะและความรุนแรงของโรสดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการทำงานทั้งภายในครอบครัว และมีแนวโน้มที่ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวจะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเกิดจากหลากหลายบริบทที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลและตอบสนองความต้องการของลูกในแต่ละวัน ความเสียใจผิดหวังต่อเหตุการณ์ที่ไม่ดีหรือพฤติกรรมที่ไม่ดีของลูก ความเครียดเรื่องการเงิน การงาน ระดับความรุนแรงของโรคที่รุนแรงมากหรือมีความซับซ้อน การขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น³ ครอบครัวเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องที่ดูแลอยู่ในชุมชนหรือได้รับการจำหน่ายออกจากสถานบริการทางการแพทย์แล้วนั้น มีโอกาสที่จะเกิดความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตจากภาวะการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น

การทำกลุ่มให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือครอบครัวเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ ช่วยให้เกิดประโยชน์จากการใช้กระบวนการกลุ่มกับพ่อแม่ของเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องและพัฒนาการล่าช้า คือ การที่กลุ่มมีบรรยากาศที่มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกในกลุ่มได้ โดยเฉพาะ

กลุ่มที่สมาชิกมีปัญหาความต้องการและประสบการณ์คล้ายคลึงกัน⁴ นอกจากนี้ ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มและวิธีการต่างๆ ในกลุ่มที่แตกต่างกัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของพ่อแม่กับพฤติกรรมของลูกได้ดีขึ้น

จิตบำบัดแนวซาเทียนร์ เป็นหนึ่งในแนวคิดที่ถูกรับมาปรับประยุกต์ใช้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มมีพื้นฐานการตั้งเป้าหมายเชิงบวกสู่การเติบโตทั้งระดับภายในจิตใจและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยมีเป้าหมายหลักคือเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง สามารถตัดสินใจเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเองและมีความสอดคล้องกลมกลืนกับผู้อื่น ซึ่งทั้งหมดเป็นส่วนสำคัญหนึ่งในการช่วยเหลือให้ครอบครัวเข้าใจความรู้สึกตนเองและผู้ป่วยสามารถปรับตัวและทำหน้าที่ภายในครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษารายบุคคลมากกว่ารายกลุ่ม ในผู้ดูแลเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่อง มีการศึกษาการทำกลุ่มครอบครัวบำบัดผู้บกพร่องทางสติปัญญาตามแนวคิดซาเทียนร์⁵ แต่เป็นการศึกษากลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนหลัง นอกจากนี้มีการศึกษากิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดซาเทียนร์สำหรับพ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้น⁶ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดซาเทียนร์มีประสิทธิผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ครอบครัวรวมทั้งส่งผลให้อารมณ์ดีขึ้นของเด็กดีขึ้น ดังนั้น จึงมีความน่าสนใจว่า การนำแนวคิดนี้มาผสมผสานกับกระบวนการกลุ่มให้คำปรึกษาจะสามารถเป็นกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องได้หรือไม่

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มให้คำปรึกษาตามแนวซาเทียนร์กับการให้บริการปกติในผู้ปกครองของเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องอายุ 6-15 ปี โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแนวชาเขียวแบบกลุ่มในผู้ดูแลเด็กที่มีความเขาวนปัญญาบกพร่อง และเพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียด ภาวะการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กที่มีเขาวนปัญญาบกพร่องก่อนและหลังเข้ารับการให้คำปรึกษาแนวชาเขียวแบบกลุ่ม

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแนวชาเขียวแบบกลุ่มกับการให้บริการปกติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบภายในกลุ่มทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

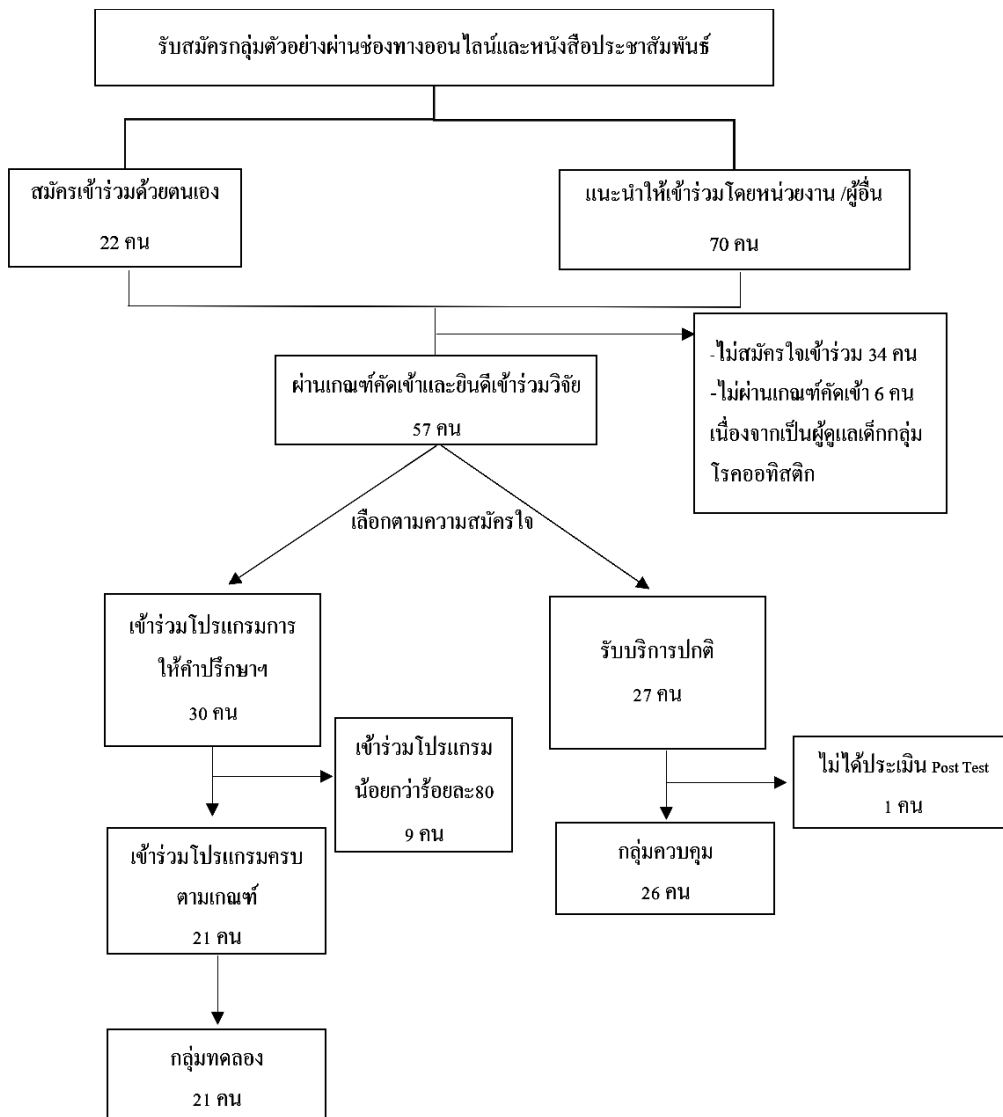
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กที่มีเขาวนปัญญาบกพร่องอายุ 6-15 ปี ที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลใดๆ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen⁷ เท่ากับ .80 สมมติฐานทางเดียว (One-tailed test) ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 21 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยประชาสัมพันธ์รับสมัครกลุ่มตัวอย่างจาก 1) กลุ่มผู้ปกครองโรงเรียนบางชั้น (ปลี้มวิทยานุสรณ์) 2) กลุ่มผู้ปกครองจากสมาคมผู้ปกครองคนพิการทางสติปัญญาแห่งประเทศไทย และ 3) เครือข่ายผู้ปกครองจากสถาบันราชานุกูล รวมทั้ง 60 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion) จะต้องเป็นผู้ดูแลหลักโดยมีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา พี่น้อง หรือญาติของเด็กที่มีเขาวนปัญญาบกพร่องอายุ 6-15 ปี ที่ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาลใดต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี มีหน้าที่ดูแลเด็กในครอบครัวอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กที่มีเขาวนปัญญาบกพร่อง ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion) คือ เป็นผู้ดูแลของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคออทิสติกหรือโรคทางกายที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น โรคลมชัก กลุ่มอาการพราเดอร์วิลลี (Prader-Willi Syndrome) เป็นผู้มีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยินและการสื่อสาร เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และมาเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือ น้อยกว่า 6 ครั้งจากจำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) (รูปที่ 1) จำนวน 57 ราย แบ่งโดยสมัครใจเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 27 ราย หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมครบทั้ง 8 ครั้ง มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 หรือ 6 ครั้ง ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าทั้งหมด มีผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 ของกลุ่มทดลองที่คัดเข้าทั้งหมด และกลุ่มควบคุม 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.3 ของกลุ่มควบคุมที่คัดเข้าทั้งหมด



รูปที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (ตารางที่ 1) ผู้วิจัยกำหนดให้ดำเนินการโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที

ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มคนเดียวตลอดกระบวนการศึกษาวิจัย และมีนักสังคมสงเคราะห์จากสถาบันราชานุกูลที่มีความรู้พื้นฐานเรื่อง การทำจิตบำบัดแนวซาเทียร์ และได้รับการอธิบายรายละเอียดโปรแกรมและกระบวนการวิจัยทั้งหมดก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เป็นผู้นำกลุ่มประเมินข้อมูลเชิงคุณภาพของโปรแกรม

ตารางที่ 1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวชาเทียร์แบบกลุ่ม

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรมโดยย่อ
ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและรู้จักตนเอง	1. แนะนำตัว สร้างข้อตกลง/กติกาเชิงบวกในกลุ่มร่วมกัน 2. ตั้งเป้าหมาย “หลังจบโปรแกรมนี้ อยากเห็นภาพตัวเอง/กลุ่ม เป็นอย่างไร” 3. ค้นหาคุณลักษณะที่ดีของตนเอง
ครั้งที่ 2 สำรวจภูเขาน้ำแข็ง	1. แนะนำให้สมาชิกกลุ่มรู้จักส่วนประกอบต่างๆ ของภูเขาน้ำแข็งแต่ละชั้น 2. เลือกเหตุการณ์ จากการดูแลเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่อง 3. สมาชิกสำรวจภูเขาน้ำแข็ง
ครั้งที่ 3 วิธีรับมือกับปัญหา	1. แนะนำวิธีการรับมือกับปัญหา 4 รูปแบบ ได้แก่ สมยอม ตำหนิ เจ้าเหตุผล เจใจ 2. จับคู่มือฝึกและสังเกตตนเองจากการแสดงท่าทาง Body Sculpture ตามรูปแบบที่ผู้นำกำหนด
ครั้งที่ 4 สำรวจความรู้สึก/อุณหภูมิใจ	1. ผู้นำกลุ่มอธิบาย เรื่อง อารมณ์ความรู้สึก 2. สมาชิกเรียนรู้ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ 3. ผู้นำกลุ่มแนะนำ เรื่อง อุณหภูมิใจ
ครั้งที่ 5 สำรวจมุมมอง	1. ผู้นำกลุ่มอธิบายเรื่อง มุมมอง 2. กิจกรรม มองมุมอื่น
ครั้งที่ 6 สำรวจความคาดหวัง	1. ผู้นำกลุ่มอธิบายเรื่อง ความคาดหวัง 2. สำรวจความคาดหวังของตนเองจากประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแลเด็กเชาวน์ปัญญาบกพร่อง
ครั้งที่ 7 ค้นหาความปรารถนา	1. ผู้นำกลุ่มอธิบาย เรื่อง อาหารใจ (ความปรารถนาภายในจิตใจ) 10 หมู่ 2. กิจกรรม “ชวนชิมอาหารใจ” 3. กิจกรรม จดหมายถึงตัวฉัน
ครั้งที่ 8 การตระหนักรู้ตนเอง	1. ทบทวนเป้าหมายส่วนบุคคลและเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ 2. กิจกรรมสร้างข้อตกลงเชิงบวกต่อตนเอง 3. กิจกรรมปิดกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
มีประเด็นคำถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็กในครอบครัว การวินิจฉัยโรคหลักและโรครองของเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต^๑ พัฒนาโดย สมชาย จักรพันธุ์และคณะ มีข้อคำถามที่สามารถจำแนกและชี้ถึงความเครียดได้ 20 ข้อ การวิเคราะห์แบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .8628 ค่าจุดตัดที่เหมาะสมของแบบประเมินคือ 17 คะแนน โดยให้ค่าความไวร้อยละ 70.4 ความจำเพาะร้อยละ 64.4

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาระการดูแล (Zarit Burden Interview) ฉบับภาษาไทย 12 ข้อ^๑ พัฒนาโดย

อรุวรรณ ศิลปะกิจ ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และรสสุคนธ์ ชมชื่น โมเดลการวัดแบบประเมินจำแนกเป็น 3 มิติ คือ มิติผลกระทบ ความเครียด และมิติความรู้สึกเอาใจใส่ โดยที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ หลังจากปรับค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม คำนวณนักบัจจัยอยู่ในเกณฑ์ดีระหว่าง 0.75-0.95 แบบประเมินมีความสอดคล้องภายในทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 การประเมินใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เมื่อรวมคะแนนในทุกข้อคำถามแล้ว ค่าคะแนนจะอยู่ในช่วง 0-48 คะแนนโดยมีการแบ่งค่าคะแนนเพื่อชี้บ่งถึงระดับภาระในการดูแลดังนี้ 0-20 คะแนน

หมายถึงไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก 21-40 คะแนน หมายถึงเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึงเป็นภาระปานกลางถึงมาก และ 61-88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ในครอบครัว Score-15¹⁰ สร้างขึ้นโดย Peter Stratton ที่พัฒนามาจากแบบ Score-40 สำหรับฉบับภาษาไทย ได้แปลและพัฒนาโดย นิดา ลิ้มสุวรรณ และธนาวดี ประชาสันต์ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินเท่ากับ 0.94 วัดความตรงของเครื่องมือแสดงค่าขนาดอิทธิพลของคะแนนความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีค่า 0.90-1.85 ประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ จุดแข็งและการปรับตัว การเผชิญความยากลำบาก และการสื่อสารที่เป็นปัญหา ค่าคะแนนประเมินจะอยู่ในช่วงระหว่าง 15-75 คะแนน โดยค่าคะแนนต่ำ จะบ่งชี้ว่ามีการทำหน้าที่ในครอบครัวดี ทั้งนี้ผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ยังอยู่ระหว่างการพัฒนาจุดตัดของเครื่องมือเพื่อแบ่งเป็นระดับที่ชัดเจนต่อไป

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์กลุ่ม กำหนดประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนสมาชิกกลุ่ม ขนาดกลุ่ม ลักษณะกลุ่มเวลาที่ใช้และจำนวนครั้ง กระบวนการ/รูปแบบกลุ่ม ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม เป้าหมายของกลุ่มผู้นำกลุ่ม สถานที่ และผลที่ได้รับเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- ผู้วิจัยชี้แจงกระบวนการและขั้นตอนการศึกษาโดยใช้เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
- เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองโดยใช้เครื่องมือวิจัยก่อนการเข้าร่วมทดลอง (Pretest) ส่วนกลุ่มควบคุมเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับกลุ่มทดลอง โดยเครื่องมือที่ใช้ทั้งหมดเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง กรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีอุปสรรคเรื่องการอ่าน เช่น อ่านไม่คล่อง หรือสูงอายุ

ผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายและถามให้ตอบตามลำดับข้อระยะเก็บข้อมูลวิจัย

- กลุ่มตัวอย่างจะแบ่งกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม เก็บข้อมูลในช่วง 10 กันยายน 2562-7 มกราคม 2563

ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย จะได้รับการประเมินก่อนและหลังด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกับการดำเนินโปรแกรม โดยจะต้องไม่ได้รับโปรแกรมกลุ่มอื่นใดในช่วงเวลาดังกล่าว ยกเว้นโปรแกรมการรักษาฟื้นฟูทางการแพทย์ปกติ ทั้งนี้หลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มตามความสมัครใจเข้าร่วม

- เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่ม หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของการศึกษา
- หลังสิ้นสุดโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัยหลังสิ้นสุดการทดลอง (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และสัดส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบค่าที (independent t-test) และไคสแควร์ (Chi-square test)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของระดับความเครียด ภาระการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัว ของผู้ดูแลเด็กที่มีเขาวนปัญญาบกพร่อง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติค่าทีแบบจับคู่ (t-test for paired samples)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของระดับความเครียด การระการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่อง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (T-test for independent samples

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านอาชีพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=.000)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N=21)	กลุ่มควบคุม(N=26)	ค่าสถิติ	ค่า p-value
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)	21-30	1(4.8)	3(11.5)	$t_{45} = -.251$.803
	31-40	2(9.5)	5(19.2)		
	41-50	12(57.1)	9(34.6)		
	51-60	3(14.3)	7(26.9)		
	61 ขึ้นไป	3(14.3)	2(7.7)		
สถานภาพสมรส	โสด	4(19.0)	4(15.4)	$\chi^2=3.305$.347
	คู่	16(76.2)	16(61.5)		
	หย่าร้าง	1(4.8)	4(15.4)		
	หม้าย	0(0)	2(7.7)		
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา-ต่ำกว่า	4(19.0)	2(7.7)	$\chi^2=2.968$.397
	มัธยมศึกษา	4(19.0)	7(26.9)		
	อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	4(19.0)	9(34.6)		
	ปริญญาตรี	9(42.9)	8(30.8)		
อาชีพ	ว่างงาน	4(19.0)	0(0)	$\chi^2=22.606$.000*
	เลี้ยงดูบุตร	12(57.1)	5(19.2)		
	รับจ้าง	1(4.8)	5(19.2)		
	พนักงานเอกชน	0(0)	6(23.1)		
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2(9.5)	10(38.5)		
	อื่นๆ	2(9.5)	0(0)		
รายได้ (บาท)	ไม่มีรายได้	11(52.4)	3(11.5)	$t_{45} = -.251$.055
	5,001-10,000	3(14.3)	10(38.5)		
	10,001-15,000	3(14.3)	7(26.9)		
	15,001-20,000	1(4.8)	3(11.5)		
	20,001 ขึ้นไป	3(14.3)	3(11.5)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก	บิดา	4(15.4)	2(9.5)	$\chi^2=5.224$.389
	มารดา	19(73.0)	16(76.2)		
	ญาติ	3(11.5)	3(14.3)		
อายุเด็ก (ปี)	ผู้ดูแล	2(7.7)	0(0)	$t_{45} = .109$.914
	6-9.11	5(23.8)	9(34.6)		
	10-12.11	8(38.1)	5(19.2)		
โรคหลักของเด็ก	13-15.11	8(38.1)	12(46.2)	$\chi^2=3.166$.205
	บกพร่องทางสติปัญญา	5(23.8)	8(30.8)		
	ดาวน์ซินโดรม	8(38.1)	4(15.4)		
ระยะเวลาดูแลเด็ก (ปี)	พัฒนาการล่าช้า	8(38.1)	14(53.8)	$t_{45} = 1.161$.252
	1-5.11	1(4.8)	1(3.8)		
	6-10.11	10(47.6)	10(38.5)		
	11-15.11	10(47.6)	15(57.7)		

2. ผลของการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มที่มีต่อความเครียด ภาระการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัว

จากการเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเครียด ภาระการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3) ก่อนทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (14.10,11.38) ซึ่งไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p=.127) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.711 (-.797-6.219) เช่นเดียวกับคะแนนการทำหน้าที่ในครอบครัว ที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 36.43 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 35.65 เล็กน้อย ซึ่งไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p=.733) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม .775 (-3.769-5.319) ส่วนด้านภาระการดูแล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ .05 (p=.003) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (29.71, 23.19) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 5.760(.477-11.043)

หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง (9.86) ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (14.23) แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (p=.005) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 4.374 (-7.349 ถึง -1.268) ด้านภาระการดูแล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (26.95, 22.69) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p=.039) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.048 (-3.481-5.576) ส่วนคะแนนการทำหน้าที่ในครอบครัว ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p=.150) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.76 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 34.96 โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3.200 (-7.601-1.202)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความเครียด ภาระการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัว

	ความเครียด					ภาระการดูแล					การทำหน้าที่ในครอบครัว					
	n	\bar{x}	S.D.	Mean Difference	95% CI	P-Value	\bar{x}	S.D.	Mean Difference	95% CI	P-Value	\bar{x}	S.D.	Mean Difference	95% CI	P-Value
ก่อนทดลอง																
กลุ่มทดลอง	21	14.10	6.541	2.711	-.797-6.219	.127	29.71	5.772	5.760	.477-11.043	.003*	36.43	6.779	.775	-3.769-5.319	.733
กลุ่มควบคุม	26	11.38	5.404				23.19	8.570				35.65	8.347			
หลังทดลอง																
กลุ่มทดลอง	21	9.86	5.893	-4.374	-7.349 -	.005*	26.95	6.152	1.048	-3.481-5.576	.039**	31.76	7.169	-3.200	-7.601-1.202	.150
กลุ่มควบคุม	26	14.23	4.227		-1.268		22.69	7.304				34.96	7.665			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .01) **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05)

วิจารณ์

จากการศึกษานี้ พบว่า การให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่ม มีผลในทางบวกต่อความเครียด ภาระการดูแล และการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กที่มีเขาวินิจฉัยปัญญาบกพร่อง ทั้งการศึกษาในกลุ่มทดลอง

ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กระบวนการของการให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มเน้นในการทำความเข้าใจตนเองและเชื่อมโยงสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ประสบการณ์ของสมาชิกกลุ่มร่วมกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้ลดความเครียด ได้

ระบายความรู้สึกและแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยในกลุ่มที่ไว้วางใจกัน¹¹ ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมในแต่ละครั้งโดยองค์ประกอบของการให้การปรึกษาแนวสาขาเกียรติที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความเข้มแข็ง มาเป็นแนวคิดหลักในการสร้างกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง กิจกรรมจะมีการเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมของลูกหรือเด็กที่ดูแล การรับมือกับปัญหา และการสนับสนุนทางบวกในครอบครัว¹²

ดังนั้นการที่สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจพฤติกรรมความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง ความปรารถนา และตัวตนของตนเองมากขึ้น จะสามารถจัดการกับปัญหาที่กระทบต่อจิตใจได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมช่วยชี้ให้เห็นประสบการณ์ จุดแข็ง จุดอ่อน และมีความเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมองเห็นทรัพยากรที่ดีในตัวเองมากขึ้น มีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นการเรียนรู้ที่ดีได้ตัวอย่างเช่น กิจกรรมครั้งที่ 6 เรื่อง การสำรวจความคาดหวัง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความคาดหวังที่มีต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งเป็นผู้เลือกวิธีจัดการกับความคาดหวังที่ไม่สมหวัง ซึ่งเป็นหนึ่งในเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

สอดคล้องกับการศึกษาของ Hastings และ Beck¹³ พบว่า การให้ความช่วยเหลือทุกรูปแบบส่วนใหญ่มีผลทางบวกมากกว่าการให้บริการปกติแก่ผู้ดูแลทั้งสิ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่เน้นการสนับสนุนช่วยเหลือกันในกลุ่มมีแนวโน้มช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้มากกว่า หรือการศึกษาของ Kampangkeaw⁵ พบว่า การดำเนินกระบวนการกลุ่มให้เกิดประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุนและผลักดันให้การทำกลุ่มบำบัดเกิดประสิทธิภาพ รวมทั้งยังพบการศึกษาของกุสุมาวดี คำเกลี้ยง⁶ ศึกษาพัฒนา

ต้นแบบกลุ่มตามแนวคิดสาขาเกียรติซึ่งได้ผลดีด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของพ่อแม่เด็กสมาธิสั้น

ในด้านการทำหน้าที่ในครอบครัว จากสรุปสมมติฐานการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ในครอบครัวของผู้ดูแลเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย หากพิจารณารายมิติ ก็พบว่า ทุกมิติของการทำหน้าที่ในครอบครัว ทั้งจุดแข็งและการปรับตัว การเผชิญความยากลำบาก และการสื่อสารที่เป็นปัญหาของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ซึ่งมีแนวโน้มว่าผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวในบทบาทหน้าที่ในครอบครัวได้¹⁴ และกิจกรรมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวสาขาเกียรติแบบกลุ่ม อาจจะยังไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการทำหน้าที่ในครอบครัวเพิ่มเติมได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. วิธีการสุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบคัดเลือกตามความสมัครใจ ยังไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรก หรือลดการเกิดอคติในการศึกษาได้ ดังนั้นอาจส่งผลให้ผลการศึกษานี้น่าเชื่อถือไปในทางบวก คือ มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

2. การที่ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มเพียงคนเดียวตลอดการศึกษานี้ และไม่มีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม อาจเป็นจุดแข็งของการศึกษา เนื่องจากทุกกลุ่มจะได้รับโปรแกรมที่ไม่แตกต่างกัน แต่ก็อาจเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ต่อผลของโปรแกรมที่เกิดจากคุณลักษณะของผู้นำกลุ่ม รูปแบบและวิธีการดำเนินกลุ่ม

สรุป

การให้คำปรึกษาแนวซาเทียร์แบบกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีพื้นฐานการทำกลุ่มบำบัดหรือกลุ่มสนับสนุนทางสังคม และควรมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดจิตบำบัดแนวซาเทียร์ หากสามารถมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่มที่มีพื้นฐานความรู้เช่นเดียวกันในแต่ละครั้งได้ จะทำให้มีข้อมูลเพิ่มเติมจากการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และสามารถกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มมีทิศทางและเป้าหมายทางบวกได้ดียิ่งขึ้น ลักษณะกลุ่มควรเป็นกลุ่มปิดและคัดเลือกสมาชิกที่มีความคล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดความไว้วางใจและกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกหรือประสบการณ์ของตนเอง แต่ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มควรระมัดระวังการมีความรู้สึกร่วมมากเกินไปของสมาชิกซึ่งอาจกระทบต่อบรรยากาศภายในกลุ่ม และขาดโอกาสในการแลกเปลี่ยนมุมมองแนวคิดใหม่ได้

การนำโปรแกรมไปใช้ ควรปรับกิจกรรม ขั้นตอนกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย และขอบเขตของกลุ่ม ทั้งนี้ ควรออกแบบโปรแกรมให้เข้าใจง่าย ชัดเจน และไม่ใช้เวลายาวนานหรือน้อยจนเกินไป เนื่องจากอาจทำให้ผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มรู้สึกเป็นภาระและไม่ต้องการเข้าร่วมต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. National Academies of Sciences E, and Medicine. Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children. 1, edition. Washington DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2015.
2. Densiriakson P. Intellectual disabilities Bangkok: Rajanukul Institute; 2014 [updated September 1,2014; cited 2014 Mar 05].
3. Miodrag N, Hodapp RM. Chronic stress and health among parents of children with intellectual and developmental disabilities. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23(5):407-11.
4. Jackson JB, Steward SR, Roper SO, Muruthi BA. Support Group Value and Design for Parents of Children with Severe or Profound Intellectual and Developmental Disabilities. *J Autism Dev Disord* 2018;48(12):4207-221.
5. Kampangkeaw N. Effectiveness of family therapy for mentally deficient persons in accordance with Satir approach. Bangkok: Thammasat University; 2011.
6. Kamklang K, editor. Prototype development : Satir model in parents group of attention deficit and hyperactivity disorders children. Nonthaburi: n.p.; 2012.
7. Nipitholt Sanitlou, Wachaleeporn Sartpetch, Yada Napa-arak. Sample Size Calculation Using G*Power Program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology* 2019; 5:496-507.
8. Chakrabhan S. Development of Thai computerized self-analysis stress test. Nonthaburi: Department of Mental Health, Thailand; 1999:93.
9. Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. *Journal of Mental Health of Thailand* 2015; 23:12-24.

10. Limsuwan N, Prachason T. The reliability and validity of the 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Thai version. Journal fo Family Therapy 2020; 42(1):119-28.
11. Khumsabanant S. Family Group Therapy based on Satir Model. Bangkok: Thammasat University; 2018.
12. Hsiao YJ. Parental Stress in Families of Children With Disabilities. Intervention in School and Clinic. 2017:105345121771295.
13. Hastings RP, Beck A. Practitioner Review: Stress intervention for parents of children with intellectual disabilities. J Child Psychol Psychiatry 2004;45(8):1338-49.
14. Dyson LL. Fathers and Mothers of School-Age Children With Developmental Disabilities: Parental Stress, Family Functioning, and Social Support. Am J Ment Retard 1997;102(3):267-79.