

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*
**THE EFFECT OF CAREGIVERS' SELF-EFFICACY PROMOTING
PROGRAM ON CAREGIVER BURDEN OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS IN COMMUNITY**

วันทนีย์ ล้าเลิศ, พย.ม. (Wantanee Lumlert, BNS.)**

เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์, พย.ด. (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.)***

Abstract

Objectives: The purposes of this pretest-posttest quasi experimental research were to compare: 1) caregivers' burden in caring for schizophrenic patients before and after receiving the caregivers' self-efficacy promoting program, and 2) caregivers' burden in caring for schizophrenic patients in the experimental group who received the caregivers' self-efficacy promoting program and those who received regular nursing care.

Methods: A research sample consisted of 40 caregivers of schizophrenic patients who attended Outpatient psychiatric department of one general hospital. They were selected according to the inclusion criteria and then matched pair by incomes and randomly assigned into experimental group and control group,

20 subjects in each group. The experimental group received the caregivers' self-efficacy promoting program composed of 6 activities to decrease caregiver burden. The control group received regular nursing care. Research instruments were: 1) The caregivers' self-efficacy promoting program, and 2) The caregiver burden scale. The instruments were content validated by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient of reliability of the caregiver burden scale was .91. The t-test was used for data analysis.

Results: Major findings were as follows:

1) Mean score of caregivers' burden in caring of schizophrenic patients after receiving the caregivers' self-efficacy promoting program was significantly lower than that before, at .05 level.

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: dnayus@yahoo.com

2) Mean score of burden in caring of schizophrenic patients of caregivers who received the caregivers' self-efficacy promoting program was significantly lower than that of control group who received regular nursing care, at .05 level.

Keywords: Caregivers' burden, Caregivers of schizophrenic patients, Schizophrenic patients in community, Caregivers' self-efficacy promoting program

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล 2) เปรียบเทียบภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 40 คน จากนั้นได้รับการจับคู่ด้วยรายได้ของผู้ดูแลแล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง เพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมส่งเสริมความสามารถ

ของผู้ดูแล 2) แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1) คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาระการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงซึ่งพบบ่อยที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และมีอัตราการกำเริบสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2555; Durmaz & Okanli, 2014) สถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนจากการใช้โรงพยาบาลเป็นฐานสู่การให้ความสำคัญในการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแล (Awad &

Voruganti, 2008) ซึ่งผู้ป่วยจะได้เข้ารับการรักษาด่วนอยู่ในโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันหรือระยะอาการกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการทุเลาลงก็จะได้รับการจำหน่ายสู่ครอบครัวในชุมชนทันที แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วก็ตามแต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทุก ๆ 1 ราย ใน 10 ราย ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่อย่างต่อเนื่อง (ชวัชชัย ลิพหานาจ, 2552) และร้อยละ 90 จะมีความบกพร่องด้านกระบวนการคิด (Keefe, Goldberg, Harvey, Gold, & Coughenour, 2004; Kurtz, Wexler, Fujimoto, Shagan, & Seltzer, 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ การมีกลุ่มอาการด้านลบหรือบางรายยังคงมีกลุ่มอาการด้านบวกอยู่แม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม (ชวัชชัย ลิพหานาจ, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Durmaz & Okanli (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 33.9 พฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 32.3 มีปัญหาในการสื่อสาร ร้อยละ 16.1 ปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 12.9 ไม่เชื่อฟังผู้ดูแล ร้อยละ 4.8 และผู้ป่วยไม่มีอาชีพ ร้อยละ 46.8

ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย ต้องยอมรับความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและได้รับผลกระทบโดยตรงจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือต่อจากบุคลากรทางการแพทย์ (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นได้อย่างปกติสุข ไม่ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีก (จิราภรณ์ นพคุณขจร และ จิระพรพรณ สุริยงค์, 2551) ความต้องการการดูแล

ของผู้ป่วยหรือภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วยประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ส่งผลให้ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีอัตราของความเครียดสูง มีความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีเวลาสำหรับตนเองในการประกอบอาชีพเข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองน้อยลง ทำให้รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985; Yikilkan, Aypak, & Gorpelioglu, 2014)

ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแล โดยแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกของตนที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและถือเป็นภาระ (burden) รู้สึกกดดันที่ทำให้หนักใจเพราะมีความยากลำบากและภาระดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้เวลาในการทำงานและการทำกิจกรรมส่วนตัว การเข้าสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งการเกิดปัญหาสุขภาพตามมา และ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความคิด ทศนคติ ประสพการณ์ทางอารมณ์ด้านลบ เช่น เครียด โกรธ รู้สึกผิด ซึมเศร้า (Montgomery et al., 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแล จากการศึกษารายงานของ Provencher (1996) พบว่าภาระของผู้ดูแลซึ่งพบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลร้อยละ 88 ครอบคลุมการทำงานของผู้ดูแล ร้อยละ 84 สัมพันธภาพ

ในครอบครัวที่ตึงเครียด ร้อยละ 84 การรบกวนชีวิตทั่ว ๆ ไปของผู้ดูแล ร้อยละ 83 ความกดดันที่ส่งผลให้ต้องออกจากบ้านชั่วคราว ร้อยละ 54 และมีปัญหาทางการเงิน ร้อยละ 56 รวมทั้งมีปัญหาทางด้านร่างกาย ร้อยละ 59 สอดคล้องกับการศึกษาของแมกเลียโนและคณะ (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone, & Maj, 2005) พบว่า ผู้ดูแลต้องละทิ้งงานอดิเรก ร้อยละ 45 มีความยากลำบากในการพักผ่อน ร้อยละ 47 ไม่สามารถหาความบันเทิง ความเพลิดเพลินที่บ้าน ร้อยละ 31 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 83 และมีความรู้สึกสูญเสีย ร้อยละ 62 และพบว่าภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ขนิษฐา สุขทอง, 2555; จิราพร รักการ, 2549; Hou, Ke, Su, Lung, & Huang, 2008) และระดับสูง (Chin, Chan, & Morrissey, 2007; Durmaz & Okanli, 2014; Igberase, Morakinyo, Lawan, James, & Omoaregba, 2010) จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตครอบครัว และสังคมของผู้ดูแล หากไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ภาวะการดูแลลดลง จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ (Eakes, 1995) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจากการขาดยาได้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลให้เป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ (Awad & Voruganti, 2008)

สาเหตุสำคัญของการเกิดภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่เป็นใช้ในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) และการขาดการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ

(Montgomery et al., 1985; Schmall, Cleland, & Sturdevant, 2000) รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Gozum, 1999 อ้างถึงใน Durmaz & Okanli, 2014) และพบว่าภาระของผู้ดูแลในภาพรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง (ขนิษฐา สุขทอง, 2555; จิราพร รักการ, 2549; Hou et al., 2008) และระดับสูง (Chin et al., 2007; Durmaz & Okanli, 2014; Igberase et al., 2010) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดกระทำเพื่อให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลง โดยการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองให้สูงขึ้น

จากการศึกษาของ Savundranayagam และคณะ (Savundranayagam, Montgomery, Kosloski, & Little, 2011) พบว่า การใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ (Powerful Tools for Caregivers : PTC) ตามแนวคิดของ Schmall และคณะ (2000) จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดและภาวะการดูแลผู้ป่วยลดลงเนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวจะส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและบทบาทการดูแลตนเองรวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระและมีเวลาเป็นส่วนตัวในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองสำหรับแง่มุมอื่น ๆ ในชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยลดลง และการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม จะช่วยให้

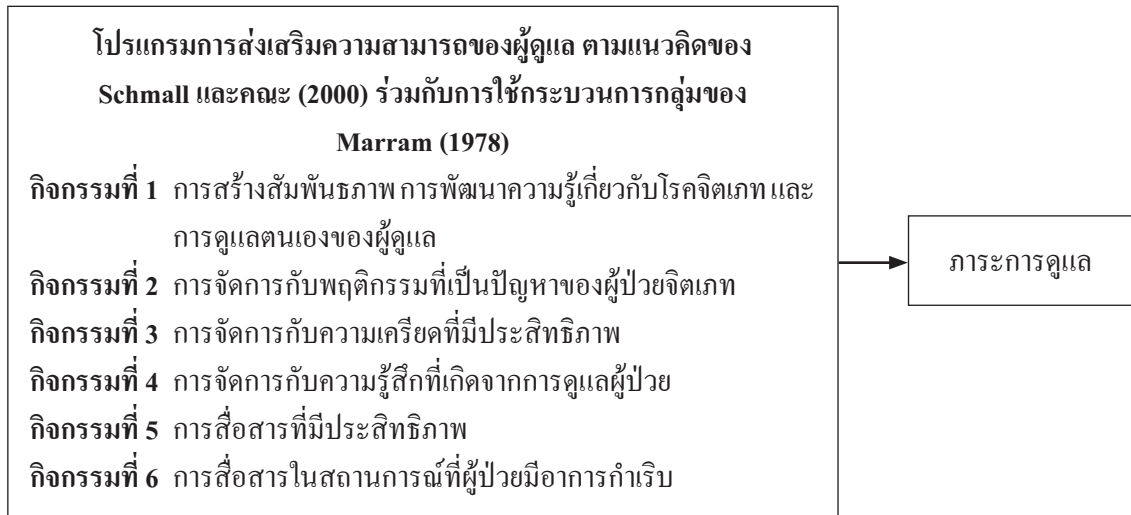
ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และปัญหาต่าง ๆ เป็นการให้โอกาสในการเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน มีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลตนเองของผู้ดูแล รวมทั้งมีการให้และรับการสนับสนุนทางอารมณ์จากกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความคิดเชิงบวก และมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดการรับรู้การดูแลเป็นไปในทางที่ดีขึ้น หลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งผลให้การรับรู้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดี มองตนเองดีขึ้น เห็นคุณค่าในตนเองและสามารถจัดการอารมณ์ด้านลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall และคณะ (2000) มาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลในประเทศไทย ร่วมกับการนำเอารูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มกับผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเกิดภาวะในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่เป็นจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Marsh & Johnson, 1997) และการขาดการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ (Montgomery et al., 1985; Schmall et al., 2000) รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Gozum, 1999 อ้างถึงใน Durmaz & Okanli, 2014) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายสุขภาพจิตครอบครัว และสังคมของผู้ดูแล หากไม่ได้รับการช่วยเหลือให้การดูแลลดลงจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ (Eakes, 1995) ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Schmall และคณะ (2000) ที่เป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาซึ่งมีการบูรณาการระหว่างแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) และแนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ของ Bandura (1986) ร่วมกับการนำกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) มาผสมผสานเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลจึงน่าจะส่งผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล
2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์ และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน ตามคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) และจับคู่ (Matched pair) ด้วยรายได้ของผู้ดูแล เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลการวิจัยในครั้งนี้จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับฉลาก เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลอง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติคือ ควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Burns & Grove, 2001) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัส COA NO. 215/2558 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับ อธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จากนั้นสอบถามถึงความสมัครใจหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall และคณะ (2000) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ระยะของ Marram (1978) โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม นาน 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน และทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจนครบทั้ง 6 กิจกรรม จากนั้นนำไปปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery และคณะ (1985) ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 มิติ ได้แก่ ภาวะเชิงปรณัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Bandura (1986) มีข้อคำถาม 20 ข้อ เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ค่าความค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีความเที่ยงเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขึ้นเตรียมการทดลองผู้วิจัยเตรียมความรู้โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องผ่านการสังเกตการณ์ การทำกลุ่ม และฝึกทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสร้างแผนการดำเนินกิจกรรม เตรียมเครื่องมือ ขอพิจารณาจริยธรรม การวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขึ้นดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ที่มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการ

ใช้ยาต้านอาการทางจิตรายกลุ่ม การให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยการแยกจัดกิจกรรมขึ้น 2 กลุ่ม ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกรซึ่งมีสมาชิกจำนวน 11 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก ซึ่งมีสมาชิก จำนวน 9 คนการที่สมาชิกมีจำนวนไม่เท่ากันทั้ง 2 กลุ่มนี้เนื่องมาจากการแบ่งกลุ่มตามพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ทำให้จำนวนของผู้ดูแลไม่เท่ากัน และเนื่องจากจำนวนสมาชิกในกลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่ควรเกิน 13 คน (Marram, 1978) ดังนั้นการมีสมาชิก จำนวน 9 และ 11 คน จึงไม่ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันโดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรมจนครบ 6 กิจกรรมกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ดำเนินการกำกับการทดลองทันทีด้วยแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผู้ดูแลทั้งหมดผ่านเกณฑ์โดยมีคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างสูงขึ้นไป

ปัญหาพฤติกรรมที่พบในการดูแลผู้ป่วยของทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมผู้ป่วยที่เกิดจากความคิดหลงผิดเป็นครั้งคราวซึ่งแนะนำผู้ดูแลโดยการให้รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อหรือความคิดหลงผิดของผู้ป่วยด้วยความสงบ ไม่ได้แย้งต่อต้าน ถกเถียง หรือทำทนายว่าที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังนั้นไม่จริง รวมทั้งการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และพฤติกรรมที่เกิดจากอาการประสาทหลอนเป็นครั้งคราว แนะนำผู้ดูแลโดยการให้รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าและให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้ง

ในความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3. ชั้นประเมินผลการทดลองผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาระการดูแลผู้ป่วย โดยรวม	ภาระการดูแลผู้ป่วย			df	t	p-value
	Mean	SD	ระดับ			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	3.15	.44	ปานกลาง	19	-13.89	.00
หลังการทดลอง	1.68	.19	น้อย			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	3.03	.36	ปานกลาง	19	-.82	.42
หลังการทดลอง	2.96	.35	ปานกลาง			

จากตารางที่ 1 พบว่าในกลุ่มทดลองภาวะการดูแลหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการ

ส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($t = -13.89$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	คะแนนภาวะการดูแลผู้ป่วย									
	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	Mean	SD	ระดับ	df	t	Mean	SD	ระดับ	df	t
กลุ่มทดลอง	3.15	.44	ปานกลาง	38	.88	1.68	.19	น้อย	38	-14.33*
กลุ่มควบคุม	3.03	.36	ปานกลาง			2.96	.35	ปานกลาง		

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองภาวะการดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ($t = -14.33$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลเป็นกระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจน และเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอน โดยช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความ

คิดเห็น ความรู้และปัญหาต่างๆเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่สมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการให้โอกาสในการเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน และมีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลตนเองของผู้ดูแลมีการให้และการสนับสนุนทางอารมณ์จากกลุ่มและให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของสมาชิกกลุ่ม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลงทั้งภาวะเชิงปรนัยและอัตนัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา สุขทอง (2555) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้ และในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นควรจะต้องมีกิจกรรมที่ครอบคลุมในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแล

ตนเองของผู้ดูแล การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระและมีเวลาเป็นส่วนตัวในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองในแง่มุมอื่น ๆ ในชีวิต

2. ภายหลังจากวิจัยพบว่าคะแนนภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยลดลงทั้งภาวะเชิงปรณัยและภาวะเชิงอัตนัย (ขนิษฐา สุขทอง, 2555; จิราพร รักการ, 2549; นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544, Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan และคณะ (Chan, Yip, Tso, Cheng, & Tam, 2009) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น

มีการรับรู้ภาวะการดูแลลดลง และมีระดับของการรับรู้ความพึงพอใจจากการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Savundranayagam และคณะ (2011) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและภาวะการดูแลลดลง จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลมีผลทำให้ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลไปใช้นั้นผู้ปฏิบัติควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา รวมทั้งมีทักษะด้านการทำกลุ่มบำบัด เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรมีการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง และควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

2. ด้านการศึกษา

เจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ผอ.รพ.สต.หาดพันไกร ผอ.รพ.สต.บางหมากผอ.รพ.สต.บางลึก ผอ.รพ.สต.วังไผ่ ผอ.รพ.สต.ขุนกระหัง ผอ.รพ.สต.ดอนรักษ์และ ผอ.รพ.สต.นาชะอัง ที่ให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ขนิษฐา สุขทอง. (2555). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ นพคุณขจร และจีระพรรณ สุริยงค์. (2551). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท*. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. กลุ่มการพยาบาล, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย ลีพหานาจ. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชิปดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาชิปดีพยาบาลสาร*, 2(2), 84-94.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- Adamec, C. (1996). *How to live with mentally ill person*. New York: John Wiley & Sons

- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomic*, 26(2), 149-162.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Burns, N., & Grove, S. (2001). *The practice of nursing research: conduct critique and utilization* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Chin, W. T., Chan, S. W., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nurse*, 16(6), 1151-1161.
- Chan, S. W., Yip, B., Tso, S., Cheng, B. S., & Tam, W. (2009). Intervention evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 75, 67-76.
- Durmaz, H., & Okanli, A. (2014). Investigation of the effect of self-efficacy level of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 290-294.
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Hou, S. Y., Ke, C. L., Su, Y. C., Lung, F. W., & Huang, C. J. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 62(5), 508-514.
- Igberase, O. O., Morakinyo, O., Lawan, A. O., James, B. O., & Omoaregba, J. O. (2010). Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in Midwestern, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 131-137.
- Keefe, R. S. E., Goldberg, T. E., Harvey, P. D., Gold, J. M., & Coughenour, I. (2004). The brief assessment of cognition in schizophrenia: Reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia Research*, 68, 283-297.
- Kurtz, M. M., Wexler, B. E., Fujimoto, M., Shagan, D. S., & Seltzer, J. C. (2008). Symptoms versus neurocognition: predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation. *Schizophrenia Research*, 102, 303-311.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice*. (2nd ed.). Saint Louis: The C.V. Mosby.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and analysis of burden. *Research On Aging*, 7(1), 137-152.

- Marsh, D., & Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention professional psychology. *Research and Practice, 28*(7), 229-237.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorder. *Social Science & Medicine, 61*(2), 313-322.
- Provencher, H. L. (1996). Objective burden among primary caregiver of persons with chronic schizophrenia. *Psychiatric and Mental Health Nursing, 3*, 188-187.
- Schmall, V. L, Cleland, M., & Sturdevant, M. (2000). *The caregiver help book* (use in the powerful tools for care giving). Oregon, Oregon Gerontological Association: Legacy Health System.
- Savundranayagam, M. Y., Montgomery, R. J., Kosloski, K., & Little T. D. (2011). Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*, 388-396.
- Yikilkan, H., Aypak, C., & Gorpelioglu, S. (2014). Depression, anxiety and quality of life in caregivers of long-term home care patients. *Archives of Psychiatric Nursing, 28*(3), 193-196.