

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

Selected Factors Related to Capabilities Among
Caregivers of Schizophrenic Patients in Community

แก้วตา มีศรี (Kaewta Meesri, RN)**

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D., RN)***

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the relationship between the factors related to capabilities among caregivers of schizophrenic patients in community and their relationships among age, gender, the knowledge of caring, chronic illness, duration of care, caregivers and schizophrenic patients relationships, and social support. Subjects were 143 caregivers of schizophrenic patients who follow up in Out Patients Department at Ratchaburi Hospital, Nakhonprathom Hospital, and Chaoprayayomraj Hospital were selected by random sampling technique. The research instrument was a set of questionnaire which consisted of 1) knowledge in caring, 2) caregiver and schizophrenic patients relationships, 3) social support, 4) caregivers' capabilities in caregivers of schizophrenic patients. The reliability of questionnaire were .83, .90, .90 and .93 respectively. Statistic technique used in data analysis were frequency, percent, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment

Correlation and Point Biserial Correlation.

Major findings were as follows;

1. Caregivers' capabilities for caring of schizophrenic patients was at a high level ($\bar{X} = 3.79$) Age, Duration of care, caregiver and schizophrenic patients relationships and social support were significantly positive correlated with caregivers' capabilities in caregivers of schizophrenic patients at level of .05 ($r = .230, .286, .561$ and $.642$ respectively)
2. Chronic illness in caregiver of schizophrenic patients was significantly negative correlated with caregivers' capabilities in caregivers of schizophrenic patients at level of .05 ($r = -.364$)
3. Gender and Knowledge in caring did not correlated with caregivers' capabilities in caregivers of schizophrenic patients

The result of this study should be applied to develop the program to promote participation of families of schizophrenic patients.

Keywords : Caregivers' ability/caregiver/schizophrenic patients/community

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรามไทย์ จังหวัดสมุทรสงคราม

*** Corresponding author อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Email : dnayus@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลการมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 143 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83, .90, .90 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.79$)
2. อายุ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .230, .286, .561$ และ $.642$ ตามลำดับ)
3. การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ($r = -.364$)

4. เพศและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : ความสามารถในการดูแล, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท, ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง และพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย (Norton et al, 2006) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในช่วงปี 2550-2552 กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 51.54, 49.78 และ 48.37 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2552) ในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้จะมีความบกพร่องในหน้าที่และบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์

สุคนิษฐ์, 2552) จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยอาการเพียงแค่ว่าทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม ผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทบางรายจะไม่สนใจรับประทาน อาหารไม่ยอมอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะต้องเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดความเสื่อมในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หน้าที่การงานและความสัมพันธ์กับสังคม ส่งผลกระทบต่อ การดูแลของผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยว่าเป็นความยุ่งยาก และการที่ผู้ดูแลไม่ได้รับคำแนะนำในการดูแล ไม่มีความรู้หรือไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนจะเกิดความกลัว ความเศร้า รู้สึกผิดหรือโกรธเมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จากการศึกษายของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่มีความเข้าใจในเรื่องยาที่รักษาผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่กับร่วมผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม จึงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่

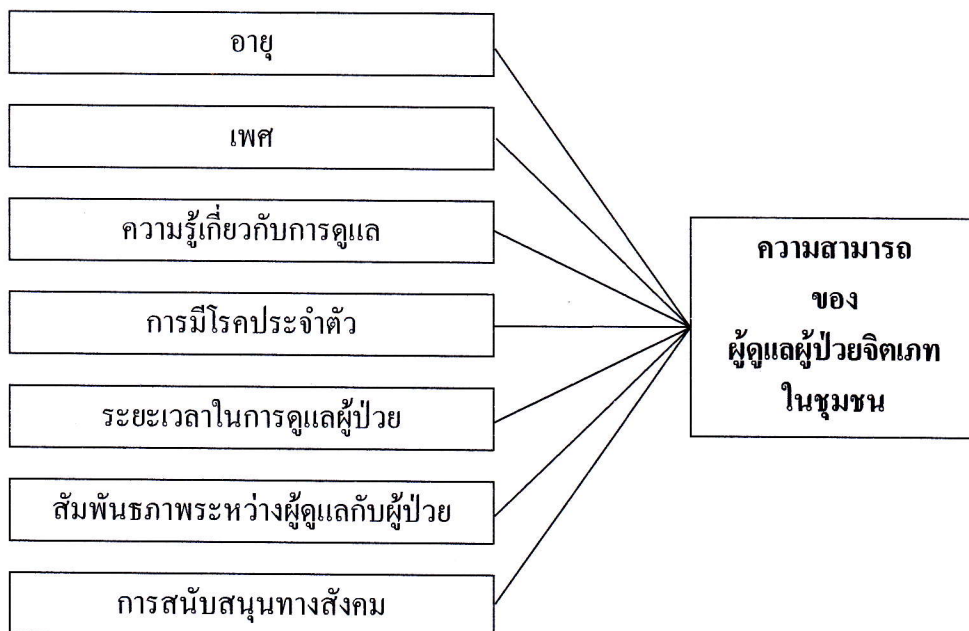
ต้องกลับมารักษาซ้ำ เพราะไม่ได้รับการดูแลจากญาติที่เท่าที่ควร

การที่ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามแนวคิดของ Orem (2001) ผู้ดูแลต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแล และการที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลมีความจำเป็นที่จะต้องทราบว่าปัจจัยพื้นฐานใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยพื้นฐานใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะสูงสุดเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001) เพศ เป็นปัจจัยที่บอกถึงความแตกต่างทางสรีระและความสามารถในการดูแล ซึ่งส่งผลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดได้ (Orem, 2001) ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากการมีโรคประจำตัวส่งผลกระทบต่อความสามารถของร่างกายที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) กล่าวคือ ผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัว

ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้อื่น ในสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดเตรียมอาหาร และงานบ้าน จึงกล่าวได้ว่า การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลอาจจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (ทูลาบุปผาสังข์, 2545) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (Orem, 2001) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็นทักษะ

ทางสังคมที่สำคัญของมนุษย์ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534; Gay, 1961; Schutz, 1976) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์ตามแนวคิดของ Orem (2001) เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกรับรู้ความมั่นใจทางอารมณ์ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลจากปัจจัยต่างๆ นี้ ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถของผู้ดูแล และจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งอยู่ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการ

วินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือนสิงหาคม 2554 จำนวน 143 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย ซึ่งมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ในฐานะบิดา มารดา คู่สมรส บุตร หลาน เขย สะใภ้หรือญาติที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใดๆ จากการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lefley (1987) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) 3) แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Stewart and Archbold (1996) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ของ คมสัน แก้วระยะ (2540) 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทาง

สังคมของอุบลรัตน์ สิงห์เสนี (2552) 5) แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแล สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของสกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรง (Content validity) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและแบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแล เท่ากับ 0.85, 1.0, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและแบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแล เท่ากับ .83, .90, .90 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย

และสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล และการรับบริการต่างๆ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลทุกอย่างและข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะนำเสนอข้อมูลผลการวิเคราะห์ในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งสิ้น และจะไม่มีผลกระทบต่อการรับการรักษาพยาบาล และการบริการต่างๆ ที่จะได้รับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อแจ้งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือนสิงหาคม 2554 โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยตนเองจำนวน 143 คน และได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด พบว่ามีความสมบูรณ์ทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ และการมีโรคประจำตัว กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์

พอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product - Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว (n = 143)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	39.9
หญิง	86	60.1
อายุ ($\bar{X}$ = 49.89, SD = 14.640)		
20-29 ปี	14	9.8
30-39 ปี	23	16.1
40-49 ปี	28	19.6
50-59 ปี	40	28.0
60 ปีขึ้นไป	38	26.6
ระยะเวลาในการดูแล (ปี) ($\bar{X}$ = 10.59 , SD = 7.716)		
1-5 ปี	48	33.6
6-10 ปี	38	26.6
11-15 ปี	23	16.1
16-20 ปี	22	15.4
20 ปีขึ้นไป	12	8.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	31	21.7
คู่	88	61.5
หม้าย	14	9.8
หย่า	5	3.5
แยก	5	3.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	3.5
ประถมศึกษา	84	58.7
มัธยมศึกษา	36	22.4
อนุปริญญา	6	4.2
ปริญญาตรี	16	11.2
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	4.2
รับจ้าง	48	33.6
เกษตรกร	20	14.0
ค้าขาย	17	11.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	16.1
อื่น ๆ	29	20.3
รายได้		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,500 บาท	17	11.9
2,501-5,000 บาท	49	34.3
5,501-7,500 บาท	31	21.7
7,501-10,000 บาท	27	18.9
มากกว่า 10,000 บาท	19	13.3
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	75	52.4
มีโรคประจำตัว	68	47.6

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีจำนวน 143 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 86 คิดเป็นร้อยละ 60.1 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 48 คิดเป็น ร้อยละ 33.6 มีสถานภาพสมรสคู่ มีจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 58.7 มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ 2,501-5,000 บาท/เดือน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4

2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลของ ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.68 คะแนน (S.D. = 3.43) มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 49.7 สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.94

คะแนน (S.D. = 9.80) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.37 คะแนน (S.D. = 16.54) มีคะแนนอยู่ใน ระดับสูงจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 และ คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.76 (S.D. = 12.70) คะแนนอยู่ในระดับสูงจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การมีโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และค่า สหสัมพันธ์พอย์ไปซีเรียล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างอายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	.230**	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแล	-.020	-
ระยะเวลาในการดูแล	.286**	ต่ำ
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย	.561**	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.624**	สูง

**p < .01

ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งในสังคมปัจจุบันเพศหญิงและเพศชายมีสิทธิเท่าเทียมกัน ในด้านของกฎหมาย การศึกษา อาชีพ สังคม (Muulder, 1990; Rajiadhon, 1998 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญ โสมนรินทร์ (2538) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หรือกล่าวได้ว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการเรียนรู้เท่ากัน (อเนกกุล กริแสง, 2526 อ้างใน จินนระรัตน์ ศรีภทรภิญโญ, 2540) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวันดี ไตสุขศรี (2539), Schott-Baer (1993), Schott-Baer, Fesher and Gregory (1995) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล และจากการศึกษาของเตือนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.80 แสดงว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ยังเป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์สากลทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้ อาจเกิดจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

3. การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ ($r = -.364, p < .05$) แสดงว่าถ้าผู้ดูแลมีโรคประจำตัวมากก็จะทำให้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาลดลง ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลและส่งผลถึงความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่มีภาวะสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัวจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่า ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวความสามารถของร่างกายช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; ธนาภรณ์ ไจมา, 2550) และเนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความสามารถของร่างกาย ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพที่ไม่ดีย่อมจะมีข้อจำกัดในด้านความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลผู้อื่น

4. ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .286, p < .05$) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น การใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (Orem, 2001) จากการศึกษาของอรัญ โสมนรินทร์ (2538) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเตือนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

5. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.7 และกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงทำให้มีความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญ มีค่ามีความหมายกับตนเอง ทำให้มีความพยายามในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาหรือสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ ซึ่งผลการศึกษาคครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกลิม วงษ์จันทร์ (2539) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลเด็ก

6. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระดับปานกลาง ($r = .561, p < .05$) แสดงว่าหากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทดีแล้วผู้ดูแลจะมีความสามารถในการดูแลดีด้วย Videbeck (2006) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น ความเอื้ออาทรของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้เป็นพฤติกรรมภายในของสมาชิกครอบครัวหากแสดงหรือสื่อออกมายังพฤติกรรมภายนอกอย่างสอดคล้องกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับ

ครอบครัวได้ เนื่องจากสัมพันธภาพเป็นปัจจัยด้านระบบครอบครัวเป็นระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว (Orem, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเตื่อนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .176$)

7. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .624$) แสดงว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้วจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีด้วยคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมคือการรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความใกล้ชิดผูกพันทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสดได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการได้รับคำแนะนำชี้แนะเพื่อการพัฒนาความสามารถในการดูแล (Brandt & Weimert, 1985) เช่นเดียวกับการศึกษาของรัชฎา รักขนาม (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นสถาบันครอบครัวหรือบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องโรคตลอดจนวิธีการดูแลและการได้รับการช่วยเหลือเรื่องวัตถุดิบของที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนควรจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สนับสนุนให้มีความรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ให้ครอบครัวในทุกด้าน และการเห็นคุณค่าว่าผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

2. จัดกิจกรรมพยาบาลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ โดยจัดให้มีกลุ่มส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เน้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการรับรู้ปัญหาอมรับสภาพการเจ็บป่วยและมีความเต็มใจในการดูแล

รายการอ้างอิง

- คมสัน แก้วระยะ. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และความเครียดในภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ. (2540). *ผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). *สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เตือนใจ ภักดีพรหม. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลถาณุ ฟูผาสังข์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ธนาภรณ์ ไชมา. (2550). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง*. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์สุคนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัชฎา รักขนาม. (2543). *สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วันดี โตสุขศรี. (2539). *ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สกาวรัตน์ พวงจันทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพจิต, กรม. (2552). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต*. ศูนย์สารสนเทศกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). *ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่นักศึกษาร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ แพทยศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรัญญ์ โสมนรินทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). The PRO-85A Social support measure. *Nursing Research*, 30, 272-280.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator for life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300 - 312.
- Evers, G., et al. (1985). *Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale*. Paper

- Presented at International Research Conference. Edmonton : Canada.
- Gay, J. A. (1961). Conceptual framework of bonding. *JOGN Nursing*, 26, 440-444.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(10), 1063-1070.
- Norton, N., Williams, H. Y., & Owen, M. J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. *Current Opinion in psychiatry*, 19, 158-164.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concept of Practice*. 6th edition. St Louis: Mosby Year Book.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schott-Bear, D. (1993). Dependent care, caregiver burden and self-care agency of spouse caregiver. *Cancer Nursing*, 16, 230-236.
- Schott-Baer, D., Fisher, L., & Gregory, C. (1995). Dependent care, caregiver burden, hardness, and self-care agency of caregivers. *Cancer Nursing*, 18, 299-305.
- Schutz, W. C. (1976). *Joy: Expanding Human Awareness*. New York: Grove Press.
- Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (1996). *Family caregiver inventory: The caregiver's view*. Portland, OR: Oregon Health Sciences University, School of Nursing.