ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTIONS PROGRAME ON BURDEN AMONG FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

*นภาภรณ์ พึ่งเกศสุนทร, พย.ม. (Napaporn Puengkatesoontorn, MSN., RN)***

*อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ด. (Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D., RN)****

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the burden among family caregivers of schizophrenic patients before and after received family Interventions program and to compare the burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family Interventions program and those who received regular caring activities. The 30 families of schizophrenic patients under responsibility of Samutprakarn Hospital Network Health Center were purposively selected based on the inclusion criteria . These samples were matched pair to experimental group and control group, 15 subjects in each group. The experimental group received family Interventions program, the control group received regular caring activities . Instruments were family Interventions program, the caregiver burden scale, express emotion of family caregivers scale, knowledge of family caregivers test and knowledge of Schizophrenic Patients test. These instruments were examined for content validity by 5 experts. The reliability of the scales by Chronbach's Alpha coefficients were .94. Statistical utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test. The results of this study were as follows:

1. The burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family interventions program after the experiment was significantly lower than that before at the .05 level

2. The burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family interventions program was significantly lower

---

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมุทรปราการ

*** Coresponding author: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
e-mail: oraphun01@hotmail.com

than those who received regular caring activities at the .05 level

Keyword : Caregiving Burden, Schizophrenic Family Caregivers, Schizophrenic Patients in Community, Family Interventions Program

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว และ เปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ครอบครัว ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมบำบัดครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาร์ค ได้เท่ากับ .94 เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และวิเคราะห์ผลการวิจัยด้วย การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ ภาระการดูแล, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน, โปรแกรมบำบัดครอบครัว

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคของความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ความเจ็บป่วยมีผลกระทบรุนแรงและเป็นเวลานาน ผู้ป่วยและครอบครัวต้องทุกข์ทรมานเพราะสังคมรังเกียจ ได้รับการดูแลไม่ดี (Sadock & Sadock, 2007) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไปรับการรักษาในตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2548 มีจำนวนทั้งสิ้น 335,202 คน คิดเป็นอัตรา 537.03 คน ต่อประชากร 100,000 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (Addington J., McCleery & Addington D., 2005) จากการศึกษาของ Möller-Leimkühler (2005) พบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแลมากที่สุด ด้านกิจวัตรประจำวันร้อยละ 71 การใช้เวลาว่างร้อยละ 64 และส่งผลต่อภาระเชิงอัตนัยแก่ผู้ดูแล ร้อยละ67.5 สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาร้อยละ 70 พบภาระเชิงอัตนัยมากที่สุดคือความรู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย และภาระเชิงปรนัยมากที่สุดคือความรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมมากขึ้น (นพรัตน์ ไชยชำนิ, 2544) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีบทบาทสำคัญที่สุด

ในการดูแลผู้ป่วย (Addington et al., 2005) ครอบครัวต้องรับภาระเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย (จิราพร รักการ, 2549; ทุลภา บุปผาสังข์, 2545;นพรัตน์ ไชยชำนิ, 2544; รจนา ปุณโณทก, 2550; สมคิด ตรีราภี, 2545; Magliano et al., 2005) ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเงิน และเศรษฐกิจ (Perlick et al., 2006; Ganguly, 2010)

ภาระในการดูแลหมายถึง การรับรู้ความรู้สึกหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มี 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) คือ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงชีวิตด้านความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล กิจกรรมในสังคม การงานและสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) คือการรับรู้ความรู้สึก ปฏิกิริยาทางอารมณ์และทัศนคติของผู้ดูแล ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (Montgomery et al.,1985 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยชำนิ, 2544)

ในครอบครัวที่มีการรับรู้ภาระการดูแลสูง จะมีบทบาทการทำหน้าที่ไม่ดี สถานะทางสุขภาพแย่ มีความพึงพอใจและมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Hanzawa et al., 2010) การรักษาควรมุ่งไปที่การลดความตึงเครียดในสังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่นการแสดงอารมณ์สูงในผู้ดูแล พบว่า โปรแกรมบำบัดครอบครัวมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Kuipers et al., 2006; Lataster et al., 2010) ทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติด้านบวกในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย เกิดความร่วมมือในการกินยา การทำหน้าที่ทางสังคมและการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม (Pilling S et al., 2002 cited in Lataster et al., 2010)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า การบำบัดครอบครัวเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการคงที่ (Stable phase) ครอบครัวควรได้รับการทบทวนเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การสังเกตอาการเตือน และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว การอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวรวมถึงการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว

จากการศึกษาของ Hegde, Rao & Raguram (2007) พบว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ มีลักษณะบูรณาการ ทั้งการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้สุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่การปฏิบัติเป็นประจำ การพัฒนาทักษะการจัดการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา รวมถึงการเพิ่มระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระได้ ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจนำแนวคิดนี้ไปใช้แก้ปัญหาภาระการดูแลของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้สอดคล้องกับความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อน และหลัง

ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว

2. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ครอบครัวมีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย (Chou et al., 1992 cited in Hou et al., 2008) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ และรู้สึกรับภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเงินและเศรษฐกิจ (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005; Perlick et al., 2006; Ganguly, 2010) ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า หมดแรง มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เกิดภาระการดูแล (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดต่างๆ ที่จะช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าโปรแกรมบำบัดครอบครัว (Family Intervention) มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Kuipers, 2006; Murphy, 2007; Absalom et al., 2010; Pharoah et al., 2010) และสามารถลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

จากการศึกษาของ Hegde, Rao & Raguram (2007) ซึ่งได้ศึกษาการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) โดยมีรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประเมินบทบาทและประสบการณ์ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (Assessment of current functioning and difficulties experienced by the caregivers) ระยะที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท (Focused on psychoeducation about the illness) ระยะที่ 3 การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การลดการแสดงออกทางอารมณ์ ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ (Caregivers were helped to normalize the family routines and the need to lower expressed emotions) ระยะที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแก้ปัญหา ของสมาชิกครอบครัว ในด้านการทำบทบาทหน้าที่ในเครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุดท้ายคือการเตรียมยุติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ ชัดแจ้ง (Improving the communication and problem solving skills, social network and support system) ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถอดทนต่อปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในการทำหน้าที่การงาน และหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยตามความเป็นจริง สามารถลดความเครียด ลดภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden)

ภาระเชิงปรนัย (Objective Berden) ได้ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์เป็นโปรแกรมบำบัดครอบครัว ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 นาที ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ส่งผลให้เกิดรู้สึกความอบอุ่นไว้วางใจซึ่งกันและกัน สร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาโดยการให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง สอนวิธีผ่อนคลายความเครียด การทดแทนความเครียด การวิพากษ์ วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทน

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการจัดการกับอาการของโรคของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการฝึกทักษะการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด การร่วมกันแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคมด้วยการโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันหาข้อมูลและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้มีความรู้ ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจปัญหาและจัดการกับปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม และมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมและเผยแพร่ในเชิงวิชาการเท่านั้น และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-

Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนภาระของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม และค่าคะแนนภาระของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสมุทรปราการ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ครอบครัว โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างจาก Power analysis (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90.77 โดยได้นำผลการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างๆ น้อยกลุ่มละ 14 ครอบครัว ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการทดลอง

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมบำบัดครอบครัว ดำเนินการ 6 กิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

3.3 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกส่วนที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชขั้นสูง 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดย แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ หาค่าความเที่ยงโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's Alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .94 และ .88 ตามลำดับแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท หาค่าความเที่ยงโดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson reliability formula-20: KR-20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82 และ .85

การดำเนินการการเก็บรวมรวบข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.2 ดำเนินการขอนุญาตจริยธรรมในการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมุทรปราการ

1.3 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำสถานีอนามัยจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

2.3 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัวในกลุ่มทดลอง เป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 15 ครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรมๆละ 45 นาที จนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ในเดือนมีนาคม – เมษายน 2554

การกำกับการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดครอบครัวในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ และผู้ป่วยตอบแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

3. ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมบำบัดครอบครัวมีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว

ภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมจำแนกตามระยะเวลา	คะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วย		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.			
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	72.47	10.90	5.34	14	0.00
หลังการทดลอง	54.73	10.34			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามกลุ่ม	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วย							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	t	df	$\bar{X}$	S.D.	t	df
ภาระโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	72.47	10.90	0.22	28	54.73	10.34	-4.92	28
กลุ่มควบคุม	71.60	10.47			73.60			

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.67 มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 40.00 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.00 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดา ที่คอยเป็นห่วงลูกเสมอ สำหรับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 10 ปีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และพบว่าญาติส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ญาติจะสงสาร ยอมรับ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา จะมีทัศนคติที่ดี อดทน และเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Caqueo-Urízar et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วยจิตเภท และมีภาระการดูแลสูงที่สุด เนื่องจากเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยทุกสิ่งทุกอย่าง ถึงแม้ว่าจะแบ่งงานไปให้ผู้อื่นแล้วก็ตาม ซึ่งภาระการดูแลที่สูงนี้จะส่งผลกระทบทางลบในทุกด้านของชีวิต

จากการศึกษา พบปัญหาคือ ผู้ป่วยขาด

การรับประทานยาต่อเนื่อง และมีอาการกำเริบรุนแรง เป็นครั้งคราว ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่นเดินตัวแข็ง น้ำลายไหล มือสั่น ทำให้ไม่อยากรับประทานยา ผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่อาบน้ำคราวละหลายๆ วัน มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ คือการแยกตัว ไม่ค่อยพูดคุย นอนทั้งวัน ไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว ผู้ดูแลมักจะมองว่าอยากให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ มากกว่า มีปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์สูงในบางครอบครัว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย มองว่าผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานหาเงิน และชอบทำตัวมีปัญหา ไม่ช่วยทำงานบ้าน เกิดการทะเลาะกันบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยสมาชิกและผู้ดูแลมีความคับข้องใจและความเครียด ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และมีภาระจากค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัว ทำให้เป็นภาระที่หนักใจของครอบครัว ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น มีปัญหาความคับข้องใจในครอบครัว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดภาระการดูแลเพิ่มขึ้นในด้านค่าใช้จ่ายส่วนตัว และค่ารักษาอื่นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มารศรี ปาณีวัตร (2548) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คือ เรื่องการแยกตัว ไม่ช่วยเหลืองานครอบครัว ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เกิดความเครียดจากสังคมและชุมชนไม่ยอมรับ ญาติตำหนิ และไม่ได้ประกอบอาชีพ

จากกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ส่งผลถึงภาระการดูแลได้ดังนี้คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วย ผู้ดูแล สมาชิกและผู้วิจัยมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็น ร่วมกัน เกิดความไว้วางใจ ยอมรับคำแนะนำ และเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีทัศนคติและกำลังใจที่ดี สัมพันธภาพดีขึ้น ผู้ดูแลและสมาชิกตอบสนองความต้องการ และเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ความรู้สึกเป็นภาระลดลง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้วิจัยในเรื่องโรคจิตเภท และการรักษา ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ได้ซักถามในเรื่องที่สนใจตรงกับความต้องการของผู้ดูแล เกิดการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลลงได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Magliano & Fiorillo (2007) ที่ว่าการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้วยการให้ความรู้ ทั้งสาเหตุ อาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจ ส่งผลกระทบเชิงบวกต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง สอนวิธีผ่อนคลายและการฝึกการหายใจ

ทำสมาธิอย่างง่ายแก่ผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความพอใจและรู้สึกผ่อนคลาย โดยเฉพาะการฝึกการนวดและการหายใจ เพื่อคลายเครียด สร้างบรรยากาศภายในครอบครัวของผู้ดูแลให้ดีขึ้น มีแนวทางในการจัดการกับความเครียด และลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยได้ เกิดความรู้สึกเป็นภาระลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกเกิดการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจ มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดการจัดการกับอาการของโรคและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยได้ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยมากขึ้น เป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระการดูแลผู้ป่วยลงได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน มีการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหาเรื่องการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด มีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติ มีความสนใจและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคง และมั่นใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanzawa et al. (2010) ที่ว่าภาระการดูแลผู้ป่วยลดลงเมื่อสมาชิกครอบครัวมีทัศนคติทางบวกกับผู้ป่วย มีการสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

อภิปรายได้ว่า กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมบำบัดครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Hegde, Rao & Raguram (2007) ส่งผลให้ลดภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) และภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมบำบัดครอบครัว สำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน โดยสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม เช่น ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เช่น การดำเนินกิจกรรมในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวบางรายต้องออกไปทำงาน

2. สามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยอื่นๆได้ ตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

ในแต่ละกลุ่ม และควรได้มีการส่งเสริมให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามอาการ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสม่ำเสมอ ไม่เกิดการขาดยาและอาการกำเริบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชนเพื่อเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระหรือปัญหาของผู้ป่วยน้อยลง โดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้านหลังการทดลองตามความเหมาะสมของผู้ป่วย และผู้ดูแลแต่ละครอบครัวมีการติดตามในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแล้ว ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย และเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและกำลังใจ ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่มิได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยนี้ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยนี้ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

รายการอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *รายงานสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช*. ประเทศไทย.

จิราพร รักการ.(2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทุลภา บุปผาสังข์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นพรัตน์ ไชยชำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มารศรี ปาณีวัตร (2548). *บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. รายงานการศึกษา อิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รจนา ปุณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมคิด ตรีราภี. (2545). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายใจ พัวพันธ์. (2553). การรู้สึกถึงความเป็นภาระของผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในเขตจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 24(1), 92-103.

สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,* 22, 1, 1-13.

Absalom, V., McGovern, J., Gooding, P. A., and Tarrier, N. (2010). An assessment of patient need for family intervention in forensic services and staff skill in implementing family interventions. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology 21*(3): 350 - 365.

Addington, J., McCleery, A., & Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research* 79(1): 107-116.

Caqueo-Urízar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia. *Quality of Life Research,* 15(4), 719-724.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology. 7*: (269–297)

Ganguly, K. K. C., R. K. Singh, T. B. (2010). Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Qualitative Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation 13*(2): 126 - 142.

Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urízar, A., and Kavanagh, D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(11): 899-904.

Hanzawa, S., Bae, J. K., Tanaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H. et al. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64(4): 377-386.

Hegde S, Rao S L, & Raguram A. (2007). Integrated Psychological Intervention for Schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation 11*(2): 5-18.

Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., and Huang, C. J. (2008). Exploring

the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences 62*(5): 508-514.

Kuipers, E. (2006). Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. *Journal of Family Therapy 28*(1): 73-80.

Lataster, T., Collip, D., Lardinois, M., Van Os, J., and Myin-Germeys, I. (2010). Evidence for a familial correlation between increased reactivity to stress and positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 122(5): 395-404.

Magliano, L., and Fiorillo, A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 16(1): 22-34.

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 disorders. *Social Science & Medicine 61*(2): 313-322.

Möller–Leimkühler, A. M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5–year–follow–up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 255*(4): 223-231.

Murphy, N. (2007). Development of family interventions: a 9 - month pilot study. *British Journal of Nursing, 16*(15): 948-952.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J. M., & Lieberman, J. A. (2006). Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric Services 57*(8): 1117-1125.

Pharoah F, M. J., Rathbone J and Wong W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010* (9).

Sadock, J. B. a. S., A.V (2007). *Concise Textbook of Clinical Psychiatry.* Philadaelphia : Lippincott Williams & Wilkins