

ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว
ตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

THE EFFECT OF FAMILY MUTUAL SUPPORT GROUP ON FAMILY
FUNCTIONING AS PERCEIVED BY FAMILY CAREGIVERS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ดารานี วันวา, พย.บ. (Daranee Wanwa, B.N.S.)*

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, Ph.D. (Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D.)**

Abstract

Objective: To compare the family functioning as perceived by family caregivers of schizophrenic patients before and after receiving family mutual support group, and those who received regular caring activities.

Methods: This study was a quasi-experimental research. The 24 families of schizophrenic patients admitted in Srithanya hospital were purposively selected based on the inclusion criteria. These samples were divided into experimental and control group, 12 subjects in each group. The experimental group received family mutual support group program, whereas the control group received regular caring activities. Research instruments were family mutual support group and the family

functioning scale (CFI). The reliability of the scale by Chronbach's Alpha coefficients was .90. The data were analyzed using t-test.

Results: 1) The family functioning among family caregivers of schizophrenic patients who received family mutual support group after the experiment was significantly better than before at the .05 level. 2) The family functioning among family caregivers of schizophrenic patients who received family mutual support group was significantly better than those who received regular caring activities at the .05 level.

Keywords: Mutual support group, Family functioning, Family caregivers, Schizophrenic patients

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

**Corresponding author รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: oraphun01@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง และ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 24 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว และแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (CFI) มีค่าความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา: 1) การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: กลุ่มสนับสนุนครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัว การรับรู้ของผู้ดูแล

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบากที่สุดพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคน/ปี (Sadock & Sadock, 2005) หรือพบความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2007) องค์การอนามัยโลกประมาณการณว่ามีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลก 29 ล้านคน (WHO, 2010) จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิตปี 2553 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภท 389,377 คน (กรมสุขภาพจิต, 2553) โรคนี้เป็นโรคที่เรื้อรังและรุนแรง อาการมักเป็น ๆ หาย ๆ มีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ต้องการ การดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว (Cheng & Chan, 2005) ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับสมาชิกของครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ (Addington, McCleery & Addington, 2005) ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับครอบครัว และพึ่งพาครอบครัวในการดูแล (Sethabouppha & Kane, 2005) การรักษาต้องใช้เวลายาวนานหรือต้องการการดูแลตลอดชีวิต การดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพนั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ของครอบครัว (Clinton & Nelson, 1998)

โรคนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการ จนสูญเสียการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ทำให้ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Kaplan & Sadock, 2000) ครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียด แยกตัวจากสังคม อารมณ์เปลี่ยนแปลง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (Barrowclough & Tarrier, 1992 cited in Chien, Norman & Thompson, 2004;

Chien, Chanm & Morrissey, 2007) เช่น การแสดงออกของอารมณ์ในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง การคำหยา วิจารณ์วิจารณ์ ความไม่เป็นมิตร และมีความห่วงใย ความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) จากการศึกษาของ Raune, Kuipers, and Bebbington (2004) พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงทางอารมณ์สูง และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป เลิศฤทธิ์ ปัญญาการ (2545) พบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในการแก้ปัญหาที่ไม่ดี การที่ครอบครัวได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัว ขาดประสิทธิภาพ (Sun & Cheung, 1997) ขาด การสนับสนุนทางอารมณ์และไม่สามารถเผชิญ กับความเครียดได้ (Lim & Ahn, 2003) Kaplan & Sadock (2000) พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของครอบครัว มากกว่าครอบครัวปกติ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Trangkasombat (2006) ที่พบว่าครอบครัว ของผู้ป่วยทางจิตเวชมีการทำหน้าที่ของครอบครัว บกพร่องอย่างน้อยหนึ่งด้าน อรรถพร ทองคำ (2546) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีคะแนน ต่ำในด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการ ควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ชุติพร ชูวงศ์ (2546) พบว่าการทำหน้าที่ด้าน พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวอยู่ในระดับ ไม่ดี ดารา การะเกสร (2545) พบว่า ผู้ดูแลต้อง รับภาระด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทุกเรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ รายได้

ของครอบครัว อายุของผู้ดูแล จากการศึกษา พบว่ารายได้และอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ กับการแสดงออกทางอารมณ์ ครอบครัวที่มี รายได้น้อยย่อมทำหน้าที่ของครอบครัวได้ไม่ดี (ภรดี ไชยสิน, 2545) อายุที่แตกต่างกันทำให้การ รับรู้ภาระมีความต่างกัน (Cook, Lefley, Pichett, & Cohler, 1994) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแล เกิดความเครียด สิ้นหวัง วิถีชีวิตในครอบครัว เปลี่ยนแปลงไป การพักผ่อนน้อยลง ทำให้ไม่ อยากทำหน้าที่ในครอบครัวต่ออีก (Doornbos, 2002) ความรู้และการเผชิญความเครียด ผู้ดูแลที่ มีความรู้ต่ำจะแก้ปัญหาคับด้วยการเผชิญความเครียด ทางลบ (Lim & Ahn, 2003) ความเครียดมีผล ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (Trankasombat, 2006) ระดับการศึกษา พบว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษา สูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดี กว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Gutierrez-Maldonado & Caqueo-Urizar, 2007) ภาระในการดูแลของ ผู้ดูแล พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ ของครอบครัว (สกาเวเดียน กลิ่นน้อย, 2554) ครอบครัวที่มีการรับรู้ภาระการดูแลสูงจะมี บทบาทการทำหน้าที่ไม่ดี (Hanzawa et al., 2010) การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาปัจจัยด้านการ สนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ในระดับที่สูง ขึ้น ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองและการเอื้อ ประโยชน์ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียด และแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีมาก (House, 2001)

การศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของ ครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ใน ประเทศไทยที่ผ่านมา มีการศึกษาถึงปัจจัยคัดสรร

ที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สภาวะเดือน กลืนน้อย (2554) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของ ครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอรรถพ ทองคำ (2546) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ พบ ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านความผูกพัน ทางอารมณ์มีคะแนนต่ำสุด สมาชิกในครอบครัว ไม่ให้ความสนใจกันและกัน แต่ยังไม่มีการศึกษา ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของ ครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ที่ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของ ครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัด ครอบครัว (family intervention) จะช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจความเจ็บป่วยของ ผู้ป่วย มีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย เกิดการแสดง อารมณ์ที่เหมาะสม (Pilling et al., 2001 cited in Lataster et al., 2010) ช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของ ครอบครัวในผู้ดูแลให้ดีขึ้น (Chien, Norman, & Thompson, 2004)

กลุ่มสนับสนุนครอบครัว (mutual support group for family intervention) เป็นการบำบัด ครอบครัวแบบกลุ่ม ของบุคคลที่มีปัญหาคล้าย กัน หรืออยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เน้นความมี ส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่มในการแบ่งปันความรู้ และประสบการณ์ รู้จักการให้และรับความช่วยเหลือ

เหลือ และเรียนรู้ที่จะช่วยตนเอง การสนับสนุน ประคับประคองที่เหมาะสมจากครอบครัว (Chien & Chan, 2005)

ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการบำบัด ครอบครัวในรูปแบบกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ตามการศึกษาของ Chien, Norman, & Thompson (2004) มาใช้ ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในฮ่องกงที่พบว่า สามารถช่วยให้ครอบครัว มีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น เพื่อนำมา ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความรัก ความเข้าใจและการยอมรับในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดี ขึ้น กระบวนการกลุ่มของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันเป็นการช่วยสร้างเสริม กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ดูแลและสมาชิกใน ครอบครัวร่วมมือกันทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนและหลังการ ทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน ครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวในรูปแบบกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ตามการศึกษาของ Chien, Norman, & Thompson (2004) และได้พัฒนาเป็นโปรแกรม

กลุ่มสนับสนุนครอบครัว ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 7 ด้าน โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังภาพที่ 1

โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาตามการศึกษาของ Chien, Norman, & Thompson (2004) โดยการนำเอาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหลายๆครอบครัว มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เรียนรู้ร่วมกันผ่านกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเข้าใจ และตั้งเป้าหมายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกละอายใจของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของตนเองและครอบครัว

กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้ปัญหา พัฒนารูปแบบ และเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 6 การทบทวนกิจกรรม หาข้อสรุปร่วมกัน และเตรียมการยุติกลุ่ม

การทำหน้าที่ของครอบครัว

ตามแนวคิดของ McMaster

1. การแก้ปัญหา
2. การสื่อสาร
3. บทบาท
4. การตอบสนองทางอารมณ์
5. ความผูกพันทางอารมณ์
6. การควบคุมพฤติกรรม
7. การทำหน้าที่ทั่วไป

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ออกแบบการทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest –posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา สังกัด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2555 ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 24 ครอบครัว โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ ผู้ป่วยจิตเภท ทั้งชายและหญิง อายุ 18 - 60 ปี ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ

ร่วมด้วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เป็น ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง ที่ให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออก เขียนได้ โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ตามอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จากนั้นจับฉลากกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 ครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการแต่อย่างใด ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะแจ้งขอออกจากการวิจัย ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และได้รับการอนุมัติการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศรีรัชัญญา เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาของ Chien, Norman, & Thompson (2004) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที โดยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจะเข้าร่วมกลุ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 ส่วนผู้ป่วยจะเข้าร่วมกลุ่มในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งระยะนี้จะเน้นเรื่องการสื่อสารที่ประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจในครอบครัว และกิจกรรมที่ 6 รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (CFI) ที่พัฒนาโดย อูมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (FAD) ตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ ที่พัฒนาโดย Epstein et al. (1984) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 12 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้

กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จิราพร รักการ (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลตามโครงสร้างคำถามของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และให้ผู้ดูแลตอบคำถาม

1.2 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 ครอบครัว ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที จนครบ 6 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

1.3 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

1.4 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลอีกครั้ง (Post-test) ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลตามโครงสร้างคำถามของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และให้ผู้ดูแลตอบคำถาม และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลตามโครงสร้างคำถามของแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และให้ผู้ดูแลตอบคำถาม

2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติตามมาตรฐาน จากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว แผนกผู้ป่วยใน

2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม

การรับรู้ของผู้ดูแลในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนน การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test หาค่าเฉลี่ย

(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 75.0 ตามลำดับ มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.6 เท่ากัน มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 58.3 เท่ากัน และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน ผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีการประกอบอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง และว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุม ประกอบอาชีพเกษตรกรและค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 25.0 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 58.3 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 83.8 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 0-5 ปีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 33.3

2. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 12)

การทำหน้าที่ครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	2.56	.35	ดีพอสมควร*	11	-12.24	.00
หลังการทดลอง	3.60	.13	ดีมาก*			

* ระดับดีพอสมควร หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าการครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีพอสมควร
ระดับดีมาก หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าการครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีมาก

3. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวมีระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 24)

การทำหน้าที่ครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.56	.35	ดีพอสมควร*	22.00	1.52	.14
กลุ่มควบคุม	2.76	.30	ดีพอสมควร*			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.60	.13	ดีมาก*	22.00	8.54	.00
กลุ่มควบคุม	2.88	.26	ดีพอสมควร*			

* ระดับดีพอสมควร หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าการครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีพอสมควร
ระดับดีมาก หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าการครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการบำบัดครอบครัวในรูปแบบกลุ่ม ช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกัน และเกิดความไว้วางใจต่อกัน ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีถือเป็นการสร้างแรงจูงใจสำคัญต่อการรักษา (Perkin, 2002) ทำให้สมาชิกในครอบครัวพร้อมที่จะเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความเข้าใจในอาการของผู้ป่วยได้ดีขึ้น การเรียนรู้ผ่านกระบวนการจากกลุ่มในเรื่องของทักษะต่างๆ เช่น การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมด้วยการลดความเครียด พบว่าช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์และความเครียด ทำให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Pharoah et al., 2010) การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (Pharoah et al., 2010) การฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม โดยการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหาต่างๆ จากกลุ่มของผู้ที่มีปัญหาล้ายๆ กัน จะทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีแนวทางหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย เมื่อครอบครัวมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) เรียนรู้บทบาทและฝึกการ

พัฒนาบทบาท โดยการแสดงบทบาทสมมติ ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกร่วมในสถานการณ์เดียวกัน เรียนรู้ผ่านบทบาทของตัวละคร ทำให้สมาชิกเข้าใจและแสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถลดพฤติกรรมทางลบของครอบครัวและส่งเสริมให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี (Solomon, 2000) การสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีคนที่ให้ความรัก และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม ทำให้เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญกับปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ (Cohen & Will, 1985 อ้างถึงใน สกาวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวเดือน กลิ่นน้อย (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มสนับสนุนครอบครัวช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจ การได้แบ่งคิดมุมมองจากประสบการณ์ตรงของสมาชิกกลุ่มในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับดีพอสมควร เป็นระดับดีมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการตอบสนองทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.75 รองลงมาคือ ด้านการสื่อสาร ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการแก้ปัญหา ด้าน

บพทพ ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป และด้านการควบคุมพฤติกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70, 3.68, 3.65, 3.61, 3.53, 3.23 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัว ไปใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นอีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว และยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนครอบครัวไปใช้ พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งมีทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครอบครัว บำบัดเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลการทำหน้าที่ของครอบครัวระยะยาวอย่างต่อเนื่องไปถึงในชุมชน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะๆ และเป็นการกระตุ้นให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปีหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *ข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช 8 โรค*. Retrieved September 23, 2011, from www.dmh.moph.go.th/report/population/pop.asp.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวลีพร ชวงศ์. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเวชและสมาชิกในครอบครัวที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 21(2), 46-58.
- ดารา กระเกสร. (2545). *ความรู้ การปฏิบัติและความต้องการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภรดี ไชยสิน. (2545). *การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเวช:กรณีศึกษา*

- โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เลิศฤทธิ์ บัญชาการ. (2545). *ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สกวเดือน กลิ่นน้อย. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณพ ทองคำ. (2546). *การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ*. การค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.
- Addington J., McCleery, A., & Addington D., (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79(1), 107-116.
- Cheng, L. Y., & Chan, S. (2005). Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research*, 27(5), 583-599.
- Chien, W. T., Norman, I., & Thompson, D. R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patient with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 637-649.
- Clinton, M., & Nelson, S. (1998). *Advanced Practice in Mental Health Nursing*. London: Blackwell Science L.th.
- Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickett, S. A. & Cohler, B. J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Journal Orthopsychiatric*, 64, 435-477.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Buldwin, L. M. (1984). *The McMaster model of functioning*. Retrieved January 3, 2003, from: www.EPSTEIN.htm.com.
- Hanzawa, S., Bae, J. K., Tanaka, H., Bae, Y. J. , Tanaka, G., Inadomi, H., Nakane, Y., & Ohta, Y. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(4), 377-386.

- House, J. S. (2001). Understanding social factors and inequalities in health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 125-142.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (2000) *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatric* (9th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lataster, T., Collip, D., Lardinois, M., van Os, J., & 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.
- Lim, Y. M. & Ahn, Y. H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16(2), 110-117.
- Perkin, D.O. (2002). Predictors of noncompliance in patient with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121-1127.
- Pharoah F, M. J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub3.
- Raune, D., Kuipers, E., & Bebbington, P. E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *The British Journal of Psychiatry*, 184(4), 321-326.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2007). *Concise textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sethabouppha, H. & Kane, C. (2005). Caring for the seriously mentally ill in Thailand; Buddhist family caregiving. *Archives Psychiatric Nursing*, 19(2), 44-57.
- Solomon, P. (2000). Interventions for families of individuals with schizophrenia: maximizing outcomes for their relatives. *Disease Management and Health Outcomes*, 8(4), 211-221.
- Sun, Y. K. S. & Cheung, S. K. (1997). Family functioning, social support to families, and symptom remittance of schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 7(2), 19-25.
- Trangkasombat, U. (2006). Family functioning in the family of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. *Journal Medicine Association Thai*, 89(11), 1946-1953.
- World Health Organization. (2010). *Schizophrenia*. Retrieved January 10, 2010, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.