

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*
**SELECTED FACTORS RELATED TO PSYCHOLOGICAL DISTRESS
 OF FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

นัทธมนต์ ฉิมสุข, พย.บ. (Natthamon Chimsuk, BNS.)**
 เพ็ญนภา แดงด้อมยูทซ์, Ph.D. (Pennapa Dangdomyouth, RN, Ph.D.) ***

Abstract

Objectives: The objectives of this descriptive research were to study psychological distress of family caregivers of schizophrenic patients and determine relationships between selected factors (duration of illness, the association between patients and caregivers, knowledge in caring for a schizophrenic patient, caregiver's capabilities in caring for schizophrenic patients, coping, social support, and perceived severity of the disease) and psychological distress of family caregivers of schizophrenic patients

Methods: Subjects were 145 caregivers of schizophrenic patients. The research instruments were Knowledge, Caregiver's capabilities in caregiver of schizophrenic patients, Coping, Social support, Measuring on perceived severity of the disease, and the psychological distress. All instruments were tested for content validity by 5 experts. Cronbach's alpha coefficients of the scale were .71, .91, .86, .93, .96 and .96 respectively. Data were analyzed

using percentage, mean, standard deviation, point biserial and Pearson's product moment correlation. Statistical significance level was at .05.

Results: Major findings were as follows;

1. Psychological distress of caregivers of schizophrenic patients were at high level
2. The association between patients and caregivers were statistically and significantly related to psychological distress of caregivers of schizophrenic patients, at .05 level.
3. Duration of illness, and perceived severity of the disease were positively and significantly related to psychological distress of caregivers of schizophrenic patients, at .05 level.
4. Knowledge in caring of schizophrenic patients, caregiver's capabilities, coping, social support were negatively and significantly related to psychological distress of caregivers of schizophrenic patients, at .05 level.

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองฉาง

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

Keywords: Psychological distress, Caregivers of schizophrenic patients, Schizophrenic patients

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร (ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค) กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 145 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบวัดภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยเครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71, .91, .86, .93, .97 และ .97 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก
2. ความเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่ายจะมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ซึ่งยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติดั้งเดิม โดยมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน และความสัมพันธ์กับสังคม (พิเชษ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งครอบครัวจะมอบบทบาทผู้ดูแลหลักให้กับสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (Orem, 1991) ผู้ดูแลมักจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (Yeh et al., 2008) การดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านการคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชษ อุดมรัตน์, 2552) ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวักขณ, 2547; Ip & Mackenzie, 1998)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อ ผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ผู้ดูแลเพศหญิงจะมีภาวะกดดัน ด้านจิตใจมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย และผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีความกดดันด้านจิตใจน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ส่วนครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา นานผู้ดูแลจะเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและพักผ่อน น้อยลง เกิดปัญหาด้านการเงินมีภาวะกดดันด้าน จิตใจ และมีคุณภาพชีวิตลดลง (Doombos, 2002) หากผู้ป่วยเป็นเพศชายและมีอายุน้อย ผู้ดูแลจะ รู้สึกทุกข์ใจเนื่องจากการที่ผู้ดูแลมองว่าผู้ป่วยมี สภาพร่างกายที่แข็งแรง เป็นหลักให้ครอบครัว สมควรจะต้องดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ มาก แต่เมื่อไม่สามารถทำได้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (McDonnell et al., 2003; Ukpong, 2011) ด้านความเกี่ยวข้อง ในครอบครัว มารดาที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วยจะรับรู้ ถึงการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Gutierrez et al., 2005) และขนาดของครอบครัวมีผลต่อ ภาวะกดดันด้านจิตใจ ครอบครัวใหญ่มีสมาชิก มากกว่า 5 คน มีภาวะกดดันด้านจิตใจมากกว่า ครอบครัวขนาดเล็กที่มีสมาชิกน้อยกว่า 5 คน ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ครอบครัวของผู้ดูแลที่ รับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนทางการเงินจะมีภาวะ กดดันด้านจิตใจน้อย แต่ครอบครัวที่ยากจนเมื่อ ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะเกิดภาวะกดดัน

ด้านจิตใจสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะดี (Yusuf & Nuhu, 2011)

นอกจากนี้สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อภาวะกดดันด้าน จิตใจของผู้ดูแล คือระดับความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความ รุนแรงของโรคมก จะมีความกดดันด้านจิตใจ มากขึ้นตามลำดับเพราะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ รุนแรงจะแสดงออกด้วยอาการก้าวร้าว เอะอะ โวยวาย อาจทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือผู้ดูแล (Mitsonis et al., 2010) ระยะเวลาการนอนรักษา ในโรงพยาบาล ความถี่บ่อยของการเจ็บป่วยมีผล ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล (Ukpong, 2011) ด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีจะทำให้ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมาก (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวักขณ, 2547; Campbell, 2003; Orem, 1995) ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะสามารถลดความรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกเครียด และลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วย จิตเภทได้ (จิราพร รักษาการ, 2549; ปาณิสรา เกษมสุข, 2551) ด้านการเผชิญความเครียดของ ผู้ดูแล การที่ต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่ แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชษ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) ทำให้เกิดความเครียดและมีการเผชิญ ปัญหาไม่เหมาะสม (สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552) ถ้าความเครียดนั้นมีมากและเกิดยาวนานจะมีผล ต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด สติปัญญา อารมณ์

และเจตคติของผู้ดูแลทำให้ความสามารถในการเผชิญ ความเครียดไม่ดี (นงคราญ รางแดง, 2550) ส่งผลให้ไม่สามารถระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (นงคราญ รางแดง, 2550; Jalowiec, 1987) ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิต (ชิคารัตน์ คะนิงเพียร, 2550; Kausar, 2009) ผู้ดูแลที่มีระดับการเผชิญความเครียดต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวลิักษณ์, 2547)

ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในครอบครัวได้ยาวนานไม่ต้องกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล แต่ภาระในการดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแลอย่างมาก ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อันจะเป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยลดและปรับสภาพทางอารมณ์อย่างเหมาะสมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำถามวิจัย

1. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การไชรหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ในเขตความรับผิดชอบของ

เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 18 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร และนครสวรรค์ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนโดยใช้สูตรของ Thorndike (1987) ซึ่งมีในสูตรการคำนวณดังนี้ $N = 8k + 50$ ($N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, $k =$ จำนวนตัวแปรที่ศึกษาเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ (Dillman, 2000) จึงเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 145 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร หลาน หรือความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่นสามี ภรรยา เขย สะใภ้ หรือญาติที่อยู่ร่วมกับ

ผู้ป่วยและช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วย

3. มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน
4. สามารถเข้าใจภาษาไทยมีการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกจังหวัดโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากจังหวัดจำนวน 4 จังหวัด แบบไม่แทนที่จากทั้งหมด 8 จังหวัด ซึ่งผลการสุ่มได้จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดนครสวรรค์
2. แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด อ้างอิงข้อมูลประชากรผู้ป่วยจิตเภทจากแผนกเวชระเบียน ในปีงบประมาณ 2555 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
อุทัยธานี	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท 518 คน	27 คน
กำแพงเพชร	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท 395 คน	20 คน
พิจิตร	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท 269 คน	14 คน
นครสวรรค์	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท 1,619 คน	84 คน
รวม	จำนวน 2,801 คน	จำนวน 145 คน

3. ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ดูแลทุกรายที่มารับ บริการในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจนกระทั่งครบ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละ จังหวัด รวม 145 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมของทุกโรงพยาบาลซึ่งเป็น แหล่งเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง และนำตัว ขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดย แจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิที่ กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ การพิทักษ์สิทธิในการ ปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัย ครั้งนี้คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็น ความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการ วิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของ แพทย์ พยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้เซ็นชื่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ดูแลผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อคำถาม เกี่ยวกับ อายุผู้ดูแล เพศผู้ดูแล ระยะเวลาการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ปรับปรุงมาจากแบบวัด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของญาติ ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ของ แก้วตา มีศรี (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มี คำตอบลักษณะปลายเปิดมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ข้อ จำนวน 20 ข้อซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ แบ่งเป็น คำถาม ดังนี้ ความหมายของโรคจิต จำนวน 1 ข้อ สาเหตุของโรคจิตจำนวน 5 ข้อ อาการของโรคจิต จำนวน 4 ข้อ การดำเนินของโรคจิตจำนวน 1 ข้อ การรักษาโรคจิต จำนวน 2 ข้อ การดูแลผู้ป่วย โรคจิตจำนวน 7 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง .71

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแล ปรับปรุงมาจากแบบประเมินความสามารถใน การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale: Form A) ที่สร้างตาม แนวคิดของ Ever et al., (1985) ซึ่ง Hanucharumkul (1988) แปลเป็นภาษาไทย (แก้วตา มีศรี, 2554) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถด้านการดูแลผู้ป่วย ความปลอดภัยและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม กับผู้ป่วย การดูแลเรื่องอาหารและยา การสังเกต อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การดูแลกิจวัตร ประจำวัน การพักผ่อน ด้านการหาความรู้จาก แหล่งต่าง ๆ ได้ค่าความเที่ยง .91

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญความเครียด ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียด ของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ที่ใช้แนวคิดของ Jalowich (1984) โดยแบบวัดครอบคลุมการ

เผชิญความเครียดในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามนี้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ จำนวน 19 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง .86

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ที่พัฒนาโดยแก้วตามีศรี (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ 5 ข้อ การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า 5 ข้อ การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มี 5 ข้อ การได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ มี 5 ข้อ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มี 4 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง .93

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่สร้างขึ้นโดย ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อชนิดของพฤติกรรม อาการที่เป็นปัญหาและความถี่ของการเกิดอาการ แบ่งเป็นลักษณะการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอาการที่แสดงออก 5 กลุ่ม คือ 1) อาการซึมเศร้า มีจำนวน 7 ข้อ 2) การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม มีจำนวน 10 ข้อ 3) อาการทางจิต จำนวน 5 ข้อ 4) สมาธิและความจำ จำนวน 4 และ 5) พฤติกรรมติดสารเสพติด จำนวน 3 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง .97

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (BSI) ที่สร้างขึ้นโดย Derogatis and Melisaratos (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย นุสรรา วิชัยโกวิทแทน (2547) แบ่งเป็น 9 ด้าน คือ 1) ลักษณะอาการทางกาย 2) ย้ำคิดย้ำทำ 3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4) ซึมเศร้า 5) วิตกกังวล 6) มุ่งร้าย 7) กลัว 8) หวาดระแวง และ 9) ลักษณะอาการทางจิต ได้ค่าความเที่ยง .90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของทุกโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลและได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดย ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ตามสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาลรวม 145 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่าง ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพอยท์ ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 145 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 มีอายุเฉลี่ย 45.14 มีอายุในช่วง 40-49 ปี มีจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 สถานภาพคู่มีจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพ

(เกษตรกรรม ทำนา ทำสวน ทำไร่) จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 71 มีความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลเป็นบิดามารดา ภรรยา สามี พี่น้องบุตร จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 63.4

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ผู้นั้นอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6 การเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ในระดับน้อย จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 69 การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 49

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและค่าสหสัมพันธ์ของพอยท์ ไบซีเรียล ระหว่าง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กับภาวะความกดดันด้านจิตใจ

ปัจจัยอิสระ	ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	.226	.006
ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล	-.210	.012 ^(b)
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	-.634	.001
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-.623	.001
การเผชิญความเครียด	-.753	.001
การสนับสนุนทางสังคม	-.717	.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.862	.001

b = p-value from Point Biserial Correlation

การอภิปรายผลการวิจัย

ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับมาก เพราะการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลต้องพบกับอาการทางจิตที่ไม่สามารถคาดเดาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานถ สุวลักษณ์ (2547) ที่พบว่าการที่ผู้ดูแลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษา และใช้เวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน (Sadock &

Sadock, 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีอาการรุนแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม น่ากลัว แปลกประหลาด คุกคามต่อบุคคลในชุมชนทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษา Ever et al., (1985) ที่พบว่า บิดา มารดาเกิดความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน เศร้าใจ สิ้นหวัง และเกิดความยุ่งยากใจเป็นอย่างมาก นับตั้งแต่ทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและความรู้สึกเหล่านี้ยังคงเกิดกับผู้ที่เป็นบิดามารดาตลอดเวลาเกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อจิตใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .226$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ โดยที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยแสดงถึงความเรื้อรังของโรค ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นเวลานาน และต่อเนื่องตามแนวทางการรักษา หากมีอาการกำเริบ เป็นครั้งที่สองจะต้องให้ยาไปถึง 5 ปี ถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป ผู้ป่วยส่วนมากจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2005) เมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกเหนือจากงานหรือหน้าที่ที่ทำอยู่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงซึ่งระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ (Mitonit et al., 2010)

ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.210$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เป็นบิดามารดา ภรรยา สามี พี่น้องบุตรมีความรักความผูกพันทางใจอย่างมากต่อผู้ป่วย ความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดามารดาจะรับรู้ต่อภาระและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลอื่น ๆ อันเนื่องมาจากความรักความผูกพันและมีความจริงจัง ห่วงใยกับการดูแลผู้ป่วย ตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทยที่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวจะมีความห่วงใยความผูกพันต่อกัน มีความเอื้ออาทร

ส่งผลให้มีการรับรู้ ภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัวมาก (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์, 2547)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.634$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลเกิดความหนักใจในการดูแลและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยจิตเภทตามความเป็นจริงทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (นภภรณ์ พึ่งเกษสุนทร, 2553)

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.623$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไปการที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหล่านั้นทำให้ต้องมีการเรียนรู้วิธีการดูแล การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของตนเองได้ ซึ่งความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล มาจากประสบการณ์ และการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ (แก้วตา มีศรี, 2554) เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถดูแล

ผู้ป่วยหรือช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้น้อยจะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวักฤษณ์, 2547; Campbell, 2003)

การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.753$) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เผชิญความเครียดได้ดีจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจน้อยลง ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมการตัดสินใจ และความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (World Health Organization, 2010) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพิ่มจากเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์, 2552) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552) ผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหาต่างจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวักฤษณ์, 2547; Hall & Docherty, 2000)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.16$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดและสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา (Montgomery et al., 1985; Thompson & Doll, 1982 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ผู้ดูแลรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมน้อย ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Yusuf

& Nuhu, 2011)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .33$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการรับรู้ความรุนแรงของโรค การเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการเสื่อมถอยความสามารถของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแล มีความรู้สึกเบื่อหน่ายกับความยุ่งยากจากโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะความกดดันด้านจิตใจมาก (Noh & Turner, 1987; Mistonis et al., 2010)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว โดยจัดให้มีกลุ่มส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการรับรู้ปัญหา ขอมรับสภาพการเจ็บป่วย และการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลต่อไป

2. ควรนำปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล เช่น กลุ่มจิตบำบัดครอบครัว กลุ่มพัฒนาความสามารถในการดูแล หรือกลุ่มบำบัดที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

แก้วตา มีศรี. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา

- วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา วิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2550). *กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. สุรินทร์: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.
- นงคราญ รามแดง. (2550). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุสรรา วิษย์โกวิทเทน. (2547). *ผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตรู้พื้นฐาน ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร. (2553). *ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2547). *ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 141-149.
- ปานิสรา เกษมสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมกลุ่มระดับประคองต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชา การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2544). *รูปแบบการทำนายภาระของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายใจ ก้าวอนันตคุณ. (2552). *ความเข้มแข็ง*

- อดทนด้านจิตใจและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อุมพร ตรีภคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: เพื่อฟ้า ปรินต์ติ้ง.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Compbell, R. L. (2003). *Predictors of caregiver's burden over a three month period following hospitalization of the patient*. Dissertation abstracts international, University of New York.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet server: The tailored design method* (2nd ed). New York: Jone Wiley & Sons.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and Dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Ever, G., et al. (1985). *Development of the appraisal of self-care agency scale*. Paper presented at International Research Conference, Edmonton, Canada.
- Gutierrez, J., Caqueo, A., & Kavanagh, D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 899-904.
- Hall, M. J., & Docherty, N. M. (2000). Parent coping styles and schizophrenia patient behavior as predictor of expressed emotion. *Family Process*, 39, 435-444.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Doctoral dissertation of nursing graduate school, Wayne State university, USA.
- Jalowiec, A., Murphy, S., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of Jalowiec coping Scale. *Nursing Research*, 33, 157-162.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parent as caregivers of mentally ill adult children: An emerging Social problem. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(10), 1063-1070.
- Ip, G. S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experience of family carers in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-289.
- McDonnell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., & Dyck, D. G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Farm Process*, 42, 91-103.
- Mitsonis, C., Voussoura, F., Dimopoulosj, N., Psarraa, V. Kararizou, E., Latzouraki, E. Zervas, I., & Katsanou, M. N. (2010). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 22, 1-7.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooymann, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34(4), 19-26.
- Noh, S., & Turner, R. (1987). Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. *Social Science and Medicine*, 25(8), 263-272.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concept of practice* (4th ed.). St Louis: Mosby Year Book.
- Sadock, J. D., & Sadock, A. V. (2005). *Comprehensive text book of psychiatry* (8th ed). Philadelphia: Lippincopp.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. (1981). The health - related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381- 406.
- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. *Family Relations*, 31(7), 379-388.
- Thondeike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Garder Press.
- Ukpong, D. I. (2011). Burden and psychological distress among Nigerian family caregivers of schizophrenic patients : The role of positive and negative symptoms. *TurkishJournal of Psychiatry*, 22, 1- 6.
- World Health Organization. (2010). *The ICD 10 classification of mental and behavioral disorder clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva : Author.
- Yeh, L.-L., Hwu, H.-G., Chen, C. H., Chen, C. H., & Wu, A. C. C. (2008). Factors related to perceived needs of primary caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of the Formosan Medical Association*, 107(8), 664 – 652.
- Yusuf, A. J., & Nuhu, F. T. (2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in katsina, Nigeria. *Social Psychiatry Epidermiology*, 46, 11-16.