

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวแก่ผู้ดูแล  
กับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน\*

THE EFFECT OF FAMILY COUNSELING PROGRAM ON BURDEN  
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS

สมกมล อรรถทิมากุล, พย.บ. (Somkamon Akathimkul, BNS.)\*\*

อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, RN, Ph.D. (Oraphan Lueboonthavatchai, RN, Ph.D.)\*\*\*

**Abstract**

**Objectives:** The purposes of this quasi-experimental research were to compare the burden of schizophrenic patients' caregivers before and after receiving family counseling program and compare the burden of schizophrenic patients' caregivers who received family counseling program, and those who received regular caring activities.

**Methods:** Thirty families of schizophrenic patients were recruited according to the inclusion criteria from the outpatient psychiatric clinic in a provincial hospital and were assigned into experimental and control groups with 15 subjects each. Research instruments were family counseling program and the caregiver burden scale. These instruments were examined for content validity by 5 psychiatric experts. The reliability of the scales by Chronbach's Alpha coefficients was .96. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and t-test.

**Results:** Major finding were as follow:

1. The burden of schizophrenic patients' caregivers who received family counseling program after the experiment was significantly lower than that before at the .05 level.
2. After the experiment, the burden of schizophrenic patients' caregivers who received family counseling program was significantly lower than that of who received regular caring activities at the .05 level.

**Keywords:** Family counseling, Burden of caregivers, Schizophrenic patients' caregivers

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์:** การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวและเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากับกลุ่มที่ได้รับ

\*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดหญ้า อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

\*\*\*Corresponding author, รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: Oraphun01@hotmail.com

การพยาบาลตามปกติ

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (t-test)

**ผลการศึกษา:** ผลการศึกษาที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** การให้คำปรึกษาครอบครัว ภาระการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ความสำคัญของปัญหา**

ผู้ป่วยโรคจิตเภทพบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวช พบว่าเกินร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อยา ร้อยละ 70 มีการป่วยซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2548) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและอารมณ์เป็นอย่างมาก ทำให้เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยยาวนานประกอบกับสภาพครอบครัวปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยวสมาชิกในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่สมดุล ไม่มีระเบียบกฎเกณฑ์ การแบ่งขอบเขตภายในครอบครัวไม่มีความชัดเจน เหมาะสม (สมภพ เรืองตระกูล, 2554; สาริณี ใต้ทอง, 2548) บางครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งมีปฏิสัมพันธ์ไม่ดีต่อกันเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นซ้ำๆ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) หากไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยทางจิตที่บ้านมักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวมากขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ ทำให้ขาดรายได้หรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นยังจะทำให้ญาติซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ (burden) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ หลายอย่างในครอบครัว เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจพฤติกรรมผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว (ปาริชาติ ศาสนัสและคณะ, 2552; เสาวภาค บุญคมรัตน์ 2551) ซึ่งเป็นผลด้านลบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลมากที่สุด ได้แก่ สัมพันธภาพที่ตึงเครียดในบ้าน ร้อยละ 74

ปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ 53 และอารมณ์ที่เป็นปัญหาร้อยละ 57 นอกจากนี้ผู้ดูแลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ การทำงานประจำ ไม่มีเวลาพักผ่อน การดำเนินชีวิตในครอบครัวไม่ราบรื่น (Provencher & Mueser, 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบอย่างมาก ทั้งด้านอารมณ์ สุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Awad & Voruganti, 2008) ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยภาระการดูแลระดับสูงมาก ร้อยละ 90.2 และมีภาระเล็กน้อย ร้อยละ 9.8 (Thornicroft et al., 2004 as cited in Kuipers, 2006) ซึ่งภาระการดูแลหมายถึง ประสบการณ์การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความกดดัน ความหนักใจและความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านปรัญได้แก่ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต และด้านอัตนัย ได้แก่ ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาการตอบสนอง อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแล (Montgomery et al., 1985) ในปัจจุบันได้มีการศึกษาการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาการให้คำปรึกษาครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) โดยชนินฐา วงสุก (2553) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าญาติสามารถลดความเครียดลงได้ การให้ความรู้แบบองค์รวมต่อภาระความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) นอกจากนี้การศึกษากการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม

เกณฑ์พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยลดการป่วยซ้ำ (สมลักษณ์ เทียวสด, 2550) ไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแล จากงานวิจัยการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล วิธีการเผชิญปัญหาในการดูแล และลดภาระของผู้ดูแลลงได้

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การนำกระบวนการทางการพยาบาลมาพัฒนาคุณภาพการบริการที่เน้นการทำงานเชิงรุกที่จะเข้าใจปัญหาของครอบครัวอย่างแท้จริง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์วิธีการให้คำปรึกษาครอบครัว จากโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวทฤษฎีระบบโครงสร้างครอบครัวของมินูชิน (Minuchin, 1974) เพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแล โดยคำนึงถึงสัมพันธภาพและบริบท ของครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กล่าวเปิดเผยเล่าเรื่อง สิ่งที่ทำให้ทุกข์ใจให้ สมาชิกครอบครัวได้รับรู้ปัญหาร่วมกัน (อรพรรณ ลีอนุชวิชัย, 2553) พร้อมปรับโครงสร้างขอบเขตของครอบครัว ให้มีการปรับเปลี่ยนระบบกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ภายในครอบครัวร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือเอื้ออาทรต่อกันในการดูแลผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาคความไม่สุขสบายใจของผู้ดูแลส่งผลให้ช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลลงได้ การดำเนินการใช้กระบวนการพยาบาลเชิงรุก โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการดูแลและสนับสนุนที่เอื้อต่อการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย การบริการที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละราย การส่งเสริมแรงจูงใจในการบำบัด

รักษาและการดำเนินชีวิตในชุมชนฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำบทบาทหน้าที่และดำเนินชีวิตในชุมชน ตลอดจนสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนเข้าใจยอมรับ มีความรู้และทักษะในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง ลดการพึ่งพาทีมผู้รักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชน โดยไม่มีอาการกำเริบซ้ำ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest - posttest control groups design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวละ 3 คน ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด เลือก

ครอบครัวแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 คน และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 2) ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือน อายุระหว่าง 20-59 ปี สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ รู้เรื่องปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด

#### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง ดังนี้

#### ก. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่เน้นทฤษฎีระบบโครงสร้างครอบครัวของมินูชิน (Minuchin, 1974) ผู้วิจัยปรับแก้ไขโปรแกรมจากการศึกษาของสาริณี โต๊ะทอง (2548) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวทั้งหมด 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ (สัปดาห์ที่ 1) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ทำความรู้จักคุ้นเคยและเข้ากับครอบครัวให้ได้พยาบาลยอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคนในประสบการณ์ที่เขามี การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น และบอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรมให้สมาชิกมีความเข้าใจตรงกัน

กิจกรรมที่ 2: สำรวจปัญหากำหนดเป้าหมาย

ร่วมกัน และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน  
จัดโครงสร้างขอบเขตระหว่างระบบย่อยครอบครัว  
ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม (สัปดาห์ที่ 2)

กิจกรรมที่ 3: ให้ครอบครัวมีการดำเนินการ  
ร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทาง  
ด้านร่างกายด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด  
(สัปดาห์ที่ 3)

กิจกรรมที่ 4: การเสริมทักษะที่สำคัญใน  
เรื่องของการยืดหยุ่นขอบเขตในครอบครัวอย่าง  
เหมาะสมและยุติการให้คำปรึกษา (สัปดาห์ที่ 4)  
โดยครอบครัวต้องมีความผูกพันทางอารมณ์ที่  
เหมาะสมระดับกลาง ไม่ใกล้ชิดหรือห่างเกินไป  
นอกจากนี้การแก้ไขปัญหาคัดแย้งภายใน  
ครอบครัว ซึ่งเชื่อว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ  
จะส่งเสริมความสามารถในการสร้างขอบเขต  
ระหว่างบุคคลของสมาชิกในครอบครัวให้ชัดเจน  
เหมาะสมและอยู่ในภาวะสมดุล ซึ่งหมายถึง ระดับ  
ความยืดหยุ่นที่ขอบเขตแต่ละขอบเขตยอมให้  
สมาชิกในระบบย่อยต่าง ๆ ของครอบครัวมีความ  
เกี่ยวพันกัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกันและกัน  
และมีอิสรภาพที่จะเป็นตัวของตัวเองได้อย่าง  
สมดุลเพื่อส่งเสริมการลดภาระการดูแลของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้เป็นอย่างดี และทำการประเมิน  
ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้  
แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ในสัปดาห์ที่ 5

#### ข. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ  
สมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ของครอบครัว  
ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทและระยะ  
เวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วย  
จิตเภทของนพรัตน์ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนาตาม  
แนวคิดของมอนท์โกเมอรี (Montgomery et al.,  
1985) โดยผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจาก  
ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท  
ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย

2.1 ภาระเชิงปรนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการ  
การดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่  
การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง  
การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงาน  
เปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย  
ข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

2.2 ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึก  
เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทาง  
อารมณ์และทัศนคติประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ  
ซึ่งมีข้อความทางบวก 1 ข้อ นอกนั้นเป็นข้อความ  
ทางลบทั้งหมด

การประเมินภาระทั้ง 2 ประเภท จะประเมิน  
ตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย  
จิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ  
ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด  
ถึงน้อยที่สุด คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละ  
ประเภทแยกจากกันและภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบ  
ประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5  
คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของ  
ภาระในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่า  
คะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง วรรณสูตร (2542)  
ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง  
มีภาระในการดูแลมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยระหว่าง  
3.50-4.49 หมายถึง มีภาระในการดูแลมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง มีภาระในการดูแลปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง มีภาระในการดูแลน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

#### การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช 1 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .88 และได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทางด้านคือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย เท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ ซึ่งแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น และลดความรู้สึกรังเกียจเป็นตรรกะ โดยตัดคำว่าโรคจิตและผู้ป่วยจิตเภทออก

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .96 และได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือรายด้าน คือ ภาระเชิงปรนัยและอัตนัย

เท่ากับ .92 และ .94 ตามลำดับ

#### ก. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ได้ปรับแก้ไขแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของสาริณี โตะทอง (2548) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ปรับแก้ไขมาจากแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสุนันทา นวลเจริญ (2553) ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านแล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง จากนั้นนำไปทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว .95 และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล .95

#### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยศึกษา ฝึกทักษะเทคนิคต่าง ๆ จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือ ขอพิจารณาจริยธรรมที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดกาญจนบุรี ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการ ระยะเวลา



ในการดำเนินการ เมื่ออนุมัติแล้วจึงขอความร่วมมือในการศึกษาและจัดเตรียมการกับกลุ่มการพยาบาล

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกัน ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดกลุ่มละ 15 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 4 กิจกรรมเป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที

3. ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท (post-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ที่ต้องการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

### ผลการวิจัย

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง      | กลุ่มทดลอง<br>(n = 15) |        | กลุ่มควบคุม<br>(n = 15) |        | รวม<br>(n = 30) |        |
|-----------------------------|------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|--------|
|                             | จำนวน                  | ร้อยละ | จำนวน                   | ร้อยละ | จำนวน           | ร้อยละ |
| <b>อาชีพ</b>                |                        |        |                         |        |                 |        |
| ว่างงาน                     | 2                      | 13.3   | 2                       | 13.3   | 4               | 13.3   |
| รับจ้าง                     | 8                      | 53.3   | 5                       | 33.3   | 13              | 43.3   |
| ค้าขาย                      | 3                      | 20.0   | 2                       | 13.3   | 5               | 16.7   |
| อื่น ๆ                      | 2                      | 13.3   | 6                       | 40.0   | 8               | 26.7   |
| <b>ความเพียงพอของรายได้</b> |                        |        |                         |        |                 |        |
| เพียงพอและเหลือเก็บ         | 1                      | 6.7    | 1                       | 6.7    | 2               | 6.7    |
| เพียงพอกับรายจ่าย           | 4                      | 26.7   | 4                       | 26.7   | 8               | 26.7   |
| ไม่เพียงพอกับรายจ่าย        | 10                     | 66.7   | 10                      | 66.7   | 20              | 66.7   |

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง       | กลุ่มทดลอง<br>(n = 15) |        | กลุ่มควบคุม<br>(n = 15) |        | รวม<br>(n = 30) |        |
|------------------------------|------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|--------|
|                              | จำนวน                  | ร้อยละ | จำนวน                   | ร้อยละ | จำนวน           | ร้อยละ |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท |                        |        |                         |        |                 |        |
| บิดาหรือมารดา                | 8                      | 53.3   | 5                       | 33.3   | 13              | 43.3   |
| สามีหรือภรรยา                | -                      | -      | 2                       | 13.3   | 2               | 6.7    |
| พี่หรือน้อง                  | 4                      | 26.7   | 4                       | 26.7   | 8               | 26.7   |
| บุตร                         | 3                      | 20.0   | 3                       | 20.0   | 6               | 20.0   |
| อื่นๆ                        | -                      | -      | 1                       | 6.7    | 1               | 3.3    |
| ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย     |                        |        |                         |        |                 |        |
| น้อยกว่า 5 ปี                | 1                      | 6.7    | 1                       | 6.7    | 2               | 6.7    |
| 5-10 ปี                      | 5                      | 33.3   | 5                       | 33.3   | 10              | 33.3   |
| มากกว่า 10 ปี                | 9                      | 60.0   | 9                       | 60.0   | 18              | 60.0   |

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 33.3 ตามลำดับ รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายคิดเป็นร้อยละ 66.7 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดาคิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 33.3 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 เท่ากัน

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว (n = 15)

| ภาระการดูแลผู้ป่วยโดยรวม<br>และรายด้านจำแนกตามระยะเวลา | คะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วย |       | t     | df | p-value |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|-------|-------|----|---------|
|                                                        | $\bar{X}$                 | SD    |       |    |         |
| ภาระโดยรวม (24 - 120 คะแนน)                            |                           |       |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง                                           | 93.47                     | 13.98 | 16.35 | 14 | .00     |
| หลังการทดลอง                                           | 43.33                     | 8.21  |       |    |         |
| ภาระเชิงอัตนัย (12 - 60 คะแนน)                         |                           |       |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง                                           | 50.93                     | 5.99  | 21.63 | 14 | .00     |
| หลังการทดลอง                                           | 23.87                     | 4.19  |       |    |         |
| ภาระเชิงปรนัย (12 - 60 คะแนน)                          |                           |       |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง                                           | 42.53                     | 8.56  | 11.46 | 14 | .00     |
| หลังการทดลอง                                           | 19.47                     | 4.94  |       |    |         |



จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ( $\bar{X}=43.33, 23.87$  และ  $19.47$  ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ( $\bar{X}=93.47, 50.93$  และ  $42.53$  ตามลำดับ)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ( $n_1 = n_2 = 15$ )

| ภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม<br>และรายด้านจำแนกตามกลุ่ม | ค่าเฉลี่ยผลต่าง | t      | df | p-value |
|-------------------------------------------------------|-----------------|--------|----|---------|
| ภาระโดยรวม                                            |                 |        |    |         |
| กลุ่มทดลอง                                            | - 50.13         | -17.03 | 28 | .00     |
| กลุ่มควบคุม                                           | 4.47            |        |    |         |
| ภาระเชิงอัตนัย                                        |                 |        |    |         |
| กลุ่มทดลอง                                            | - 27.07         | -20.25 | 28 | .00     |
| กลุ่มควบคุม                                           | 2.13            |        |    |         |
| ภาระเชิงปรนัย                                         |                 |        |    |         |
| กลุ่มทดลอง                                            | - 23.07         | -11.79 | 28 | .00     |
| กลุ่มควบคุม                                           | 2.33            |        |    |         |

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระในการดูแลของผู้

ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลง ( $\bar{X} = -50.13, -27.07$  และ  $-23.07$  ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น ( $\bar{X} = 4.47, 2.13$  และ  $2.33$  ตามลำดับ)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 15)

| ภาระการดูแลผู้ป่วยโดยรวมและราย<br>ด้านจำแนกตามระยะเวลา | คะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วย |       | t     | df | p-value |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|-------|-------|----|---------|
|                                                        | $\bar{X}$                 | SD    |       |    |         |
| ภาระโดยรวม (24 - 120 คะแนน)                            |                           |       |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง                                           | 92.07                     | 10.68 | -4.78 | 14 | >.05    |
| หลังการทดลอง                                           | 96.53                     | 11.87 |       |    |         |
| ภาระเชิงอัตนัย (12 - 60 คะแนน)                         |                           |       |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง                                           | 49.33                     | 4.45  | -2.98 | 14 | >.05    |
| หลังการทดลอง                                           | 51.47                     | 5.10  |       |    |         |
| ภาระเชิงปรนัย (12 - 60 คะแนน)                          |                           |       |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง                                           | 42.73                     | 7.46  | -3.05 | 14 | >.05    |
| หลังการทดลอง                                           | 45.07                     | 8.44  |       |    |         |

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X}$  = 96.53, 51.47 และ 45.07 ตามลำดับ) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X}$  = 92.07, 49.33 และ 42.88 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ประเด็นที่ภาระเชิงปรนัยลดลงมากที่สุด ได้แก่ ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นรบกวนเวลาสำหรับตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันลดน้อยลง ไม่รู้สึกว่าจะต้องเสียเวลาในการดูแลผู้ป่วยแม้หยุดงาน ผู้ดูแลไม่คิดว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นจะทำให้ตนเองมี

ปัญหาสุขภาพหรืออ่อนเพลีย นอนไม่หลับตามมา ส่วนปัญหาอุปสรรคคือ ระยะเวลาในการดำเนินการในขั้นตอนที่ 4 อันประกอบไปด้วย การเสริมทักษะที่สำคัญในเรื่องของการจัดการปัญหาการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับความเครียด และเสริมทักษะการผ่อนคลายมีระยะเวลาดำเนินการสั้นไป

#### การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวมีภาระการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวมีภาระการดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัย โดยจับคู่

ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ผลการวิจัยที่พบจึงน่าจะเป็นผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัว ผลการศึกษากครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวน่าจะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการให้คำปรึกษารอบครัวช่วยให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว สอดคล้องกับศึกษาของดิชค์ ซ็อด และวิทาลิโย (Dyck, Short, & Vitaliano, 1999) ที่พบว่าหลังการให้คำปรึกษารอบครัวผู้ดูแลมีการปรับทัศนคติในทางที่ดีและภาระในการดูแลลดลง นอกจากนี้หากสมาชิกมีความสามารถในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเองและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทได้ทำให้เกิดการปรับตัวได้ดีต่อปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบป่วย ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง (Webb et al., 1998) และหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความสนใจและความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ช่วยให้เกิดความพึงพอใจและรู้สึกควมมีคุณค่าในชีวิตลดปัญหา สุขภาพจิต ส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

#### ข้อเสนอแนะ

1. ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ควรมีการจัดตั้งคลินิกสำหรับดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว จัดให้มีช่องทางที่จะสามารถติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่ได้อย่างรวดเร็วขึ้น เช่น จัดทำโครงการให้คำปรึกษาออนไลน์ หรือทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น

2. ควรจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนได้รับความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน โดยใช้เวทีประชาคมเป็นสื่อกลาง

3. ควรมีการกำหนดนโยบาย ที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้ป่วยที่สมควรได้รับการบำบัดดูแล มีการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรเนื่องจากการบำบัดรูปแบบนี้ต้องใช้ทรัพยากรและเวลาในการบำบัดสูง แต่ก็คุ้มค่ากับการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

- ขนิษฐา วงสุก. (2553). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ พึ่งเกศสุนทรและอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). *การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ ศาสนัสและคณะ. (2552). *ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ*. รายงานการวิจัยสหสาขาวิชา, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2554). *ตำรากลุ่มบำบัดและครอบครัวบำบัด*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมลักษณ์ เขียวสด. (2550). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาริณี โต๊ะทอง. (2548). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวภาค บุญคมรัตน์. (2551). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 28(2), 91-111.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmaco Economics*, 26(2), 149-162.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61, 411-419.
- Kuiper, L., Leff, J., & Lam, D. (1992). *Family work for Schizophrenia: A practice guide*. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Montgomery, R. J. V, Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Care giving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34, 19-26.
- Provencher, H., & Mueser, K., (1997). Positive

and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 26, 71–80.

Suttajit, S., & Srisurapanont, M. (2009). Schizophrenia: Epidemiology and Treatment. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 54 (Supplement 1), 21S-37S.

Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, K. T., Mensch. E, DeGirolamo, J., & Levinson D.F. (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping skill and social support. *Schizophrenia Research*, 34, 169–180.