

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชและการรับรู้ลักษณะผู้ป่วยจิตเวช  
กับพฤติกรรมการสื่อสารของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

RELATIONSHIPS BETWEEN ACCEPTANCE ATTITUDE TOWARD  
PSYCHIATRIC PATIENTS AND PERCEPTION TOWARD PSYCHIATRIC  
PATIENTS TO COMMUNICATION BEHAVIORS OF FAMILY OF  
PSYCHIATRIC PATIENTS

สิริกอร์ สุธวัชณัฐชา พย.ม. (Sirikorn Sutawatnatcha, M.N.S.)\*

**Abstract**

**Objectives:** The purposes of this descriptive research was to study relationships between acceptance attitude toward psychiatric patients and perception toward psychiatric patients to communication behaviors of family of psychiatric patients.

**Methods:** The sample of 304 family caregivers of psychiatric patients were purposively selected based on inclusion criteria. The research instruments composed of four parts: 1) General information, 2) Family communication behaviors, 3) Family acceptance attitude and 4) Family perception toward psychiatric patients. Cronbach's alpha coefficients were .80, .87 and .76 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficients.

**Results:** The results revealed that  
1. Family communication behaviors were at moderate level. The mean scores of family

acceptance attitudes were at a good level. The mean scores of family perception toward psychiatric patients were at moderate level.

2. Family acceptance attitude toward psychiatric patients had positive correlation to family communication behaviors, at a significant level of .01. Family perception toward psychiatric patients had positive correlation to family communication behaviors, at a significant level of .01.

**Conclusion:** The study resulted would serve as crucial information for educating family about communication behavior and enhancing family acceptance attitude toward psychiatric patients. This may result in better outcomes in psychiatric patients such as reduce or prevent the recurrence of psychiatric patients.

**Keywords:** Family communication behaviors, Family acceptance attitude, Perception of family patient psychiatry

\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา E-mail : sirikornsuta@gmail.com

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชและการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 304 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช 3) ทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช และ 4) การรับรู้ของครอบครัวต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช จากการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .87 และ .76 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

**ผลการศึกษา:** ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช มีคะแนนรวมเฉลี่ย อยู่ในระดับดี การรับรู้ของครอบครัวต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

2. ทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ต่อ

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**สรุป:** ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว การสร้างทัศนคติการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว และสร้างทัศนคติที่ดีในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวช อันจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยจิตเวช สามารถช่วยเหลือหรือป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชได้

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการสื่อสาร ทัศนคติต่อการยอมรับของครอบครัว การรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช

## ความสำคัญของปัญหา

จากสภาพปัจจุบันของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและเทคโนโลยีต่างๆ รวมถึงประเทศไทย ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งเศรษฐกิจที่เกิดจากรายได้น้อย ค่าครองชีพสูง ความมั่นคงในอาชีพต่ำ ความขัดแย้งทางการเมืองและการดำรงชีวิตในสังคม ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวปัญหาดังกล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของคนไทยมากขึ้น จากสถิติของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าปัจจุบันประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เข้ารับการรักษา มีจำนวนกว่า 1,076,155 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2556) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ได้ทำนายว่า ในปี ค.ศ. 2020

โรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช จะเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุข ประเทศไทย พบว่า มีผู้มารับบริการจากสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตแผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2553 – 2556 จำนวน 1,494,585 ราย 1,674,348 ราย 1,830,643 ราย และ 1,734,410 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2558) มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชหลายครั้ง จากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ปัญหา/โรคที่มารับบริการมากที่สุดอันดับแรก คือ ปัญหาสุขภาพจิต (เช่น ปัญหาความเครียด) จำนวน 4,031 ราย รองลงมา คือ โรคจิต 3,140 ราย โรควิตกกังวล 1,889 ราย โรคซึมเศร้า 1,673 ราย ผู้ติดสารเสพติด 1,530 ราย โรคลมชัก 1,458 ราย ปัญญาอ่อน 362 ราย และผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย 126 ราย และอดีตติด 60 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2558)

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ขนาด 120 เตียง ให้บริการรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางจิตเวช จากสถิติมีผู้ป่วยจิตเวช เข้ารับการรักษา ตั้งแต่ ปี 2554 - 2556 จำนวน 4,012 คน, 4,319 คน, 4,803 คน และปี พ.ศ. 2557 มียอดถึง 7,134 คน โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคจิต จะเห็นได้ว่าในแต่ละปี จะมีผู้เข้ารับบริการเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นทุกปี (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์, 2557) และจากสถิติ ผู้มารับบริการจากสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในประเทศไทย จะเห็นว่าโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขอย่างมาก มีอัตราส่วนของการเกิดโรคมามากที่สุด มีความรุนแรงและก่อให้เกิดการ

ไร้สมรรถภาพได้มาก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคม อันเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่จะมีอาการเกิดขึ้นบ่อยเป็นค่อยไปและดำเนินไปอย่างเรื้อรัง จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันจะเสื่อมลงอย่างมาก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ตลอดจนบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตนเอง แม้ว่าจะได้รับการรักษาจนดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยก็ยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถดำรงชีวิตให้เป็นปกติเหมือนคนทั่วไป (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549; Buchanan & Carpenter, 2005)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชนั้น นอกจากการเน้นการรักษาทางกายของผู้ป่วยแล้ว การบำบัดทางจิตสังคมของผู้ป่วยก็เป็นอีกด้านที่สำคัญ ที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคทางจิตเวช และสังคมที่ใกล้ชิดที่สุดของผู้ป่วยก็คือ “ครอบครัว” ซึ่งการสื่อสารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติ / เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในตัวเองด้านกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา และหาแนวทางในการแก้ไขได้เหมาะสมมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว ทั้งนี้สมาชิกในครอบครัวก็มีส่วนสำคัญ ถ้าครอบครัวมีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ และส่งผลทำให้อาการกำเริบซ้ำอีกได้ (พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548) จากการศึกษาวรรณกรรมที่กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารใน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชก็พบว่า กอร์ดอน (Gordon, 2000) ได้แบ่ง พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว ออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านพื้นฐานการเข้าใจบุคคล 2) ด้านการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง/ การให้ความสนใจปัญหา และ 4) ด้านการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งตามแนวคิดนี้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวนี้ กอร์ดอน ได้กล่าวไว้ว่า การเคารพซึ่งกันและกัน การให้การยอมรับซึ่งกันและกัน การให้คุณค่าต่อการมองตนเองทางบวก การมีความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล โดยการให้ความสำคัญกับการสื่อสารในครอบครัว เป็นสิ่งที่สำคัญของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการสื่อสารที่ดีในครอบครัวนั้น จะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน ลดการเกิดอาการกำเริบและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Gordon, 2000)

การสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นอย่างไรนั้น เกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ทักษะการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช และ การรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช โดยที่ถ้าครอบครัวขาดความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช อาจทำให้ครอบครัวมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย และมีที่ท่าที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ มักจะส่งผลทำให้อาการกำเริบซ้ำอีก (พราราวี ดิกล้ำ, 2552) การดูแลผู้ป่วยอย่างดีและต่อเนื่องของครอบครัว เป็นแรงเสริมที่สำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเกิดขึ้นได้หากครอบครัวของผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งการที่ครอบครัวมีทัศนคติที่ดียอมรับผู้ป่วย ก็น่าจะมีแนวโน้มที่จะมีการสื่อสาร

ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (Strachan, Leff, Glodstien, Doane & Burtte, 1986, อ้างถึงใน พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548) สำหรับการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวช Stuart (2005) ได้กล่าวว่า การรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วย มีผลต่อพฤติกรรมการสื่อสาร เพราะหากผู้ดูแล มีความบกพร่องในการรับรู้ หรือมีการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชไม่เหมาะสม ก็จะมีผลต่อการสื่อสารกับผู้ป่วย ดังนั้นถ้าผู้ดูแลมีการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชดีและถูกต้อง จะส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมการสื่อสารที่ดีตามไปด้วย ดังนั้นการเข้าใจถึงการความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชและการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง อัน จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชและการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชกับจิตเวช

### สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

2. การรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) โรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชชนรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง: จากสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อวัน (ปี พ.ศ. 2555) ประมาณ 3,040 ราย/เดือน ดังนั้น เมื่อนำมากำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ร้อยละของประชากร (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความน่าเชื่อถือ จึงคิด 10 % ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดี จำนวน 304 คน โดยผู้วิจัยเลือกผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และไม่ได้รับคำตอบแทนในการให้การดูแล โดยเลือกผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด ที่มารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ในช่วงเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2557

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันท่านมีอาชีพ และ ท่านมีรายได้ (บาท/เดือน)

ส่วนที่ 2: พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดสระแก้ว โดยพัฒนาและปรับปรุงมาจากงานวิจัย ของ กาญจนา ปิงจันทร์ (2549) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ กอร์ดอน (Gordon, 2000) ที่ได้แบ่งพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพื้นฐานการเข้าใจบุคคล 2) ด้านการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง/ การให้ความสนใจปัญหาและ 4) ด้านการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ

ส่วนที่ 3: ทักษะการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดสระแก้ว โดยพัฒนาและปรับปรุงมาจากงานวิจัย ของ พรสวรรค์ คีกล้ำ (2552) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความคิด 2) ด้านความรู้สึก และ 3) ด้านพฤติกรรม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4: ระดับการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดสระแก้ว โดยพัฒนาและปรับปรุงมาจากงานวิจัย ของ บดินทร์ บุญจันทร์ (2554) ที่ได้แบ่งปัจจัยต่อการรับรู้ของครอบครัว

ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช ออกเป็น 4 ปัจจัย ดังนี้  
1) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค, 2) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา, 3) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ และ 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาด้วยยา ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ

โดยแบบสอบถามดังกล่าว นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วได้แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงนำไปหาความเชื่อมั่นในบุคคลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ส่วนที่ 2, 3, และ 4 เท่ากับ .80, .87 และ .76 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัย วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา จังหวัดนครนายก ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัย เสนอต่อ คณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติเรียบร้อยแล้วจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากนั้นส่งโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อ คณะกรรมการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติเรียบร้อยแล้วจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเอง ในช่วงเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2557 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 304 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติ “พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์” จากคณะกรรมการวิจัย วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา จังหวัดนครนายก, โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี และ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จังหวัดสระแก้ว โดยก่อนการทำแบบสอบถาม จะต้องมีการให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างก่อนทุกราย และหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมจะต้องเซ็นชื่อในใบแสดงความยินยอม ซึ่งเอกสารจะระบุเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะเป็นความลับ และจะทำลายทิ้งทันทีที่การศึกษานี้สิ้นสุดลง ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจและหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ มีสิทธิที่จะตอบรับ/ ปฏิเสธ/ ขอถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 60.3) มีอายุเฉลี่ย อยู่ในช่วง 36 - 59 ปี

ร้อยละ 60.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.0 เป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 39.8 มีระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย นานประมาณ 3–5 ปี ร้อยละ 36.7 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 43.4 และมีรายได้ อยู่ที่ 10,001 – 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 41.8

**2. พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช:** พบว่าพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (50 – 66 คะแนน) จำนวน 199 คน (ร้อยละ 65.4) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดสระแก้ว (n = 304)

คะแนนการแปลผล	จำนวนคน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรมการสื่อสาร
0 – 49 คะแนน	4	1.3	ไม่ดี
50 – 66 คะแนน	199	65.4	ปานกลาง
67 คะแนนขึ้นไป	101	33.3	ดี

**3. ทักษะการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช:** พบว่า ทักษะการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 2.99, SD = 1.28) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดีทั้งหมด สามารถ

เรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ย ได้ดังนี้ อันดับ 1 คือ ด้านความรู้สึก (mean = 3.02, SD = 0.69) รองลงมาคือ ด้านความคิด (mean = 2.99, SD = 0.55) และอันดับ 3 ด้านพฤติกรรม (mean = 2.96, SD = 0.52) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทักษะการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดสระแก้ว (n = 304)

ทักษะการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช	Mean	SD	ระดับทัศนคติ
ด้านความคิด	2.99	0.55	ดี
ด้านความรู้สึก	3.02	0.69	ดี
ด้านพฤติกรรม	2.96	0.52	ดี
รวม	2.99	0.59	ดี

**4. การรับรู้ของครอบครัวต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช:** พบว่า การรับรู้ของครอบครัวต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง (mean = 2.78, SD = 0.74) เมื่อพิจารณารายด้าน อันดับ 1 คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา (mean = 3.07, SD = 0.66)

รองลงมา คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ (mean = 2.91, SD = 0.68) และ อันดับสาม การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษา

ด้วยยา (mean = 2.71, SD = 0.78) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับน้อย (mean = 2.44, SD = 0.83) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ของครอบครัวต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดสระแก้ว (n = 304)

การรับรู้ของครอบครัวต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	2.44	0.83	น้อย
2. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา	3.07	0.66	ปานกลาง
3. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ	2.91	0.68	ปานกลาง
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาด้วยยา	2.71	0.78	ปานกลาง
รวม	2.78	0.74	ปานกลาง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชและการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชกับพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ในจังหวัดสระแก้ว

ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชและการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ( $r = .239$  และ  $.165$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชกับพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ในจังหวัดสระแก้ว (n = 304)

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช
ทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช	.239**
การรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช	.165**

\*\*  $p < .01$

## การอภิปรายผลการวิจัย

### พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.4) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง สามารถเรียงลำดับค่าเฉลี่ยได้ดังนี้ 1) ด้านการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา 2) ด้านการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านพื้นฐานการเข้าใจบุคคล และ 4) ด้านการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง/ การให้ความสนใจปัญหา ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ อัจฉรารพี จำปา (2550) ที่พบว่า พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมการสื่อสารดังกล่าวอาจสะท้อนมาจากลักษณะพื้นฐานทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับการศึกษาและอาชีพที่เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรที่ไม่ทราบหรือไม่เข้าใจวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช ที่เหมาะสม ดังนั้น หากได้มีการให้ความรู้ หรือ อบรมผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม ก็จะสามารถช่วยสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยได้

### ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี

ทั้งหมด สามารถเรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้ 1) ด้านความรู้สึก, 2) ด้านความคิด และ 3) ด้านพฤติกรรม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรารวดี ดีกล้า (2552) ที่พบว่า เจตคติ/ ทัศนคติ ของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช ในด้านความคิด ความรู้สึกและด้านพฤติกรรม ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับดี ทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรก็พบว่า ทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรืออาจกล่าวได้ว่า การที่ครอบครัวมีทัศนคติการยอมรับต่อผู้ป่วยจิตเวชดีก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวดี ซึ่งจากผลการวิจัยของ รุจิรา จงสกุล (2540) ได้แสดงให้เห็นในเรื่องของทัศนคติการยอมรับของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีค่าเฉลี่ยด้านเจตคติและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่ำจะมีเจตคติต่อความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยต่ำอาจกล่าวได้ว่า เจตคติ หรือทัศนคติของคนในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ และมีผลอย่างยิ่งในการเป็นจุดเริ่มต้นในการสื่อสารที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดี ทั้งนี้หากครอบครัวมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะใช้การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาให้การตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ และไม่แสดงท่าทีรังเกียจพฤติกรรมผู้ป่วย (Gomez & Gomes อ้างถึงใน จรัสพร กิรติเสวี, 2544) การที่ครอบครัวมีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยก็จะส่งผลในทางบวกแก่ผู้ป่วย ดังที่ สุรพล ไชยเสนะ (2536) กล่าวไว้ว่า หากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและมีบทบาทใน

การพบปะ พูดคุย ให้คำปรึกษา พูดคุย ปลอดภัย ให้กำลังใจ จะมีส่วนช่วยในการบรรเทาอาการรุนแรงของผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นการส่งเสริมให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีความรักความผูกพันต่อผู้ป่วยจิตเวช ก็มีส่วนในการดูแลและเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชได้มากขึ้น จนสามารถนำไปสู่การลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างกันได้ (ลิธัว ชูโต, 2553)

### ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวช

การรับรู้ของครอบครัวต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บดินทร์ บุญจันทร์ (2554) พบว่า ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาด้วยยา ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรักษาด้วยยา และด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรก็พบว่า การรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้ของครอบครัวต่อลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชในระดับที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวดี ซึ่งทฤษฎีสถานะของ Kurt Lewin ก็เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่า สิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน แต่จะหนีห่างจากสิ่งที่ตนเองไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2001) การที่บุคคลมีการรับรู้ต่อ

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่ดีจึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวที่ดี ซึ่ง Stuart (2005) ก็ได้กล่าวว่า การรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยมีผลต่อพฤติกรรมการสื่อสาร เพราะหากผู้ดูแลมีความบกพร่องในการรับรู้หรือระดับความสามารถในการรับรู้ข้อมูลไม่ถูกต้อง เช่น ข้อมูลเรื่องโรค อาการและการรักษาไม่ถูกต้อง จะส่งผลทำให้เกิดการรับรู้ต่อลักษณะของผู้ป่วยผิดไปได้ ซึ่งจะมีผลต่อการสื่อสารกับผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้เกิดทัศนคติและการรับรู้ที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชให้ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อการรักษาของผู้ป่วย ช่วยหรือลดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้
2. ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรทางการแพทย์ให้มีทักษะในการสอน/อบรมการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอธิการบดี วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา อาจารย์วิภา เพ็งเสงี่ยม คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์ จ.สระแก้ว และโรงพยาบาล ศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี, คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม วิทยาลัยนานาชาติ เซนต์เทเรซา

## เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2551). *สถิติรายงาน*. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2558). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน ปีพ.ศ. 2553 - 2556 หน่วยนับ: คน (ผู้ป่วย 8 โรค) จำแนกรายจังหวัด/เขตตรวจราชการ ปี 56*. สืบค้นเมื่อ 8 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>

กาญจนา ปิงจันทร์. (2549). *การสื่อสารเพื่อการบำบัดของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2557). *สถิติผู้เข้ารับบริการ*. สระแก้ว: โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์.

จรัสพร กิรติเสวี. (2544). *กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชินานาฏ จิตตารมณ. (2545). *ผลของการใช้โปรแกรมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณิสรา พงษ์กุล. (2549). *การประยุกต์ระบบจัดการผู้ป่วยรายกรณี*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลบางระกำ.

บัณฑิตร์ บุญจันทร์. (2554). *ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ประวิไล ชัยยะเกิด. (2549). *ความคาดหวังในการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรารวี ดิกล้ำ. (2552). *เจตคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรสายใยครอบครัว (Family Link) ของโรงพยาบาลศรีรัชัญญา และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่ม Family Education ของโรงพยาบาลรามาริบัติ*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พิริยาภรณ์ เชื้อหอม. (2548). *พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชา

- สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพิน พวงระย้า. (2549). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวและทัศนคติที่คืต่อพ่อแม่ของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- รุจิรา จงสกุล. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 4 (1), 21-36.
- ลิขัญ ชูโต. (2553). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, สารนิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัชรภรณ์ รังสีกุลพิพัฒน์. (2546). *รูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีผลต่อความรู้และทัศนคติในเรื่องเพศ: ศึกษาเฉพาะกรณีนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. (2556). *สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) เผยสถิติคนไทย “คลั่ง” กระชูด. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2557, จาก <http://www.thaipost.net/news/260613/75536>*
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). *คู่มือจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุรพล ไชยเสนะ. (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว*. กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, โรงพยาบาลศรีรัชัญญา.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรารพี จำปา. (2550). *พฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โรงพยาบาลหางดงจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- Buchanan, R. W., & Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gordon, T. (2000). *Parent effectiveness training* (3th ed.). New York: Three Rivers Press.
- Palank. C. L. (1991). Determinants of health promotion behavior. *Nursing Clinics of North America*, 26, 815-831.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. I., & Parsons, M. A. (2001). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). New Jersey: RR Donelley, Herrisonburg, VA.
- Strachan, A. M., Leff, J. P., Glodstein, M.J.

Doane, J. A., & Burt, C. (1986). Emotional Attitude and direct Communication in the Family of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 149, 279-87.

Stuart, G. W. (2005). Therapeutic nurse-patient relationship. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Eds.). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 15-38). St. Louis: Mosby.

White, L. (2002). *Basic nursing: Foundations of skill & concepts*. Texas: Delmar.