

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

THE EFFECT OF SENSE OF COHERENCE PROMOTING PROGRAM
ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS
IN A COMMUNITY*

เดียนแรม ยศปัญญา, พยบ. (Duenram Yoetpanya, BNS.)**

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

Abstract

Objective: This study aimed to examine the effect of sense of coherence promoting program on quality of life of schizophrenic patients' caregivers in community.

Methods: This study was a quasi - experimental research. The sense of coherence theory (Antonovsky, 1982) was used as a theoretical framework to develop the program. Sample was 50 caregivers of schizophrenic patients in a community in the Klonghad District Health Office, Sa Kaeo province. They were divided into experimental and control group and were matched by sex, age, and term of patients care, 25 per group. The control group received routine care, while the experimental group received sense of coherence promoting program. The program comprised of six sessions of 60-120 minutes lesson, one day per week.

Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

Results:

1. The mean score of quality of life of schizophrenic patients' caregivers in community receiving the sense of coherence promoting program after experiment was significantly higher than before participating in the program ($p < .05$).

2. After experiment, the mean score of quality of life of schizophrenic patients' caregivers in community receiving the sense of coherence promoting program was significantly higher than those of control group ($p < .05$).

Conclusion: Results from this study revealed that the sense of coherence promoting program can increase quality of life of schizophrenia patients' caregivers. Therefore,

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: ora_lueboon@hotmail.co.th

the sense of coherence promoting program should be applied in order to maintain and enhance the quality of life of schizophrenia patients' caregivers.

Keywords: Quality of life, Sense of coherence promoting program, Caregiver, Schizophrenic patient

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ต่อคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ใช้แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1982) เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำนวน 50 คน โดยจับคู่ด้านเพศ อายุ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละจำนวน 25 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ทำกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60-120 นาที

ผลการศึกษา:

1. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลเพื่อคงไว้และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด ซึ่งมีทั้งความรุนแรงและเรื้อรังความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 1-1.5 (Kaplan & Sadock, 1998) และอุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 24.19 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2553) จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม การตัดสินใจ และความบกพร่องทางหน้าที่การทำงาน และสังคม (World Health Organization, 2010) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันได้มีการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งยังคงมีอาการ

หลงเหลืออยู่เมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแล และทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ตนปฏิบัติอยู่เป็นประจำส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชษ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระ (burden) แก่ตน (Bull, 1990 อ้างถึงใน จิราพร รักการ, 2549; Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ความรู้สึกทุกข์ใจและการมีอารมณ์รุนแรงของผู้ดูแล (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์, 2547; Montgomery et al., 1985) จากภาระทั้งสองประเภททำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมแย่ลงได้ (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545; Doornbos, 2002) ส่งผลกระทบบ้างต่าง ๆ ดังนี้ ผลกระทบด้านร่างกายพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท เมื่ออาหารรับประทานได้น้อย ร่างกายทรุดโทรมลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ผลกระทบด้านจิตใจพบว่าผู้ดูแลมีความกังวลใจ เนื่องจากกลัวผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาและจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น หงุดหงิด โกรธ เมื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่กำลังใจวิตกกังวลจนก่อให้เกิดความเครียดซึ่งมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ศรีสุตา วณาสิน และคณะ, 2546; สติชัย วงศ์สุรประกิจ, 2542; Baker, 1989) มีความรู้สึกเป็นตราบาป (Greenberg, Greenley, McKee, Brown, & Griffin-Francell, 1993) ผลกระทบด้านสังคมพบว่าผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวตามต้องการและไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดังที่เคย

ปฏิบัติ เช่น การไปสังสรรค์กับเพื่อน รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995) ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้ดูแลและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างขาดความปลอดภัยและขาดความมั่นคงในชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงและไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; เอื้ออารี สาลิกา, 2543) ซึ่งผลกระทบทั้ง 4 ด้านดังกล่าวถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (quality of life) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกหมายถึง การรับรู้และประเมินสถานะชีวิตของตนโดยตรง ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (The World Health Organization Quality of Life Assessment Group, 1996) โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท คือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว และความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง (เขาวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) แต่จากการศึกษาของ นรวิรุฬ พุ่มจันทร์ (2548) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังล้วนต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

ความเข้มแข็งในการมองโลก (Antonovsky, 1982) เป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าหรือปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบชีวิตบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า

สามารถจัดการได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคลสามารถฝึกฝนและพัฒนาได้ ในการนำไปสู่เป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ การมีความรู้สึกลึกซึ้งในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน การมีความรู้สึกลึกซึ้งต่อตนเอง มีอารมณ์ที่เบิกบาน มองโลกและสิ่งต่าง ๆ ในแง่ดี มีความรู้สึกสนุกสนาน และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาของดาไลน์ เซเดอร์บลัด แอนโทนอฟสกี และแฮกเนลล์ (Dahlin, Cederblad, Antonovsky, & Hagnell, 1990) และการศึกษาของ ลุนด์แมน และนอร์เบิร์ก (Lundman & Norber, 1993) พบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง จะสามารถเผชิญปัญหาและความเจ็บป่วยได้ดี ปรับตัวได้ดี ทำให้มีสุขภาพที่ดี และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำ ส่งผลให้ไม่สามารถใช้การคิดในแง่ดี การมองโลกในแง่ดี ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่ดี (กาญจนา ขาวนอก, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีโครงการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว จึงนำแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลก (Antonovsky, 1982) ซึ่งเน้นทั้งด้านจิตใจ การปรับตัว และสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกในตัวผู้ดูแลมาจัดกระทำกับปัจจัย

เหตุดังกล่าวเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้นำแนวคิดการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1982) ซึ่งมีรูปแบบการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกช่วยให้บุคคลค้นพบสิ่งที่ปัญหาของตน มีความเข้าใจและเรียนรู้ถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบชีวิตตนเองได้ รวมทั้งมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม สิ่งเหล่านี้เกิดจากสมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล้าเปิดเผยความรู้สึกต่อกัน เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีโอกาสได้รับฟังการแก้ไขปัญหาจากบุคคลอื่น และสามารถเลือกแนวทางในการจัดการปัญหาได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปรับตัว พึงพอใจในชีวิตของตนเอง สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้สภาวะที่เป็นอยู่ ร่วมกับการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life Assessment Group, 1996) และตะวัน วาทกิจ (2547) มาพัฒนา

เป็นโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีเป้าหมายส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและพึงพอใจในชีวิตของตนเอง โดยมีการดำเนินการกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้โดยร่วมกันอภิปรายกลุ่ม 2) การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก 3) การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่นและฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น 4) การเสริมสร้างความอดทนต่อปัญหาและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด 5) การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา และ 6) การใช้แหล่งสนับสนุนปัญหาทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่

ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน โดยวิธีเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1: เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งประยุกต์จากโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค ของตะวัน วาทกิจ (2547) เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้โดยร่วมกันอภิปรายกลุ่ม 2) การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก 3) การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่นและฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น 4) การเสริมสร้างความอดทนต่อปัญหาและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด 5) การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา และ 6) การใช้แหล่งสนับสนุนปัญหาทางสังคมดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ซึ่งโปรแกรมนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน

ชุดที่ 2: เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะ เวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ข้อ โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัด

คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ (2540) โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .88 และได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .81

ชุดที่ 3: เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1987) ที่แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) และพัฒนาโดยกาญจนา ขาวนอก (2547) คือ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ จำแนกเป็นข้อความวัดความสามารถด้านความเข้าใจ 11 ข้อ ด้านการจัดการ 10 ข้อ และด้านการให้ความหมาย 8 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 16 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนได้ ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .89 หากค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยขอเข้าพบสาธารณสุขอำเภอลองหาด เพื่อแนะนำตนเองและขอชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย หลังจากได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปโดยจะคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (pre-test) ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งได้รับการอบรมและตกลงหน้าที่ก่อนการเริ่มวิจัย โดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 6 ครั้ง ในวันพุธ และวันศุกร์ ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในช่วงเวลา 13.00-15.00 น. โดยมีการดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้โดยร่วมกันอภิปรายกลุ่ม 2) การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก 3) การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่นและฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น 4) การเสริมสร้างความอดทนต่อปัญหาและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด 5) การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา และ 6) การใช้แหล่งสนับสนุนปัญหาทางสังคม หลังการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก และใช้สถิติทดสอบ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมาคืออายุ 45-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 และน้อยที่สุดคืออายุ 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 4 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นพี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24 รองลงมาคือมารดาและภรรยาคิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 8 และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยพบว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ มากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคือน้อยกว่า 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 8

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก (n = 25)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คุณภาพชีวิต	85.44	7.75	105.64	4.54	24	-18.59	.000

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกก่อนการทดลองเท่ากับ 85.44 (ระดับปานกลาง) และหลังการทดลองเท่ากับ 105.64 (ระดับสูง)

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังเข้ารับการทดลอง (n = 25)

กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
คุณภาพชีวิต	81.72	10.88	81.72	10.50	24	.000	1.000

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองเท่ากับ 81.72 (ระดับปานกลาง) และหลังการทดลอง

เท่ากับ 81.72 (ระดับปานกลาง) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้ารับการทดลองเท่ากัน โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	df	t	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			
ก่อนการทดลอง	85.44 (7.75)	81.72 (10.88)	48	1.39	.171
หลังการทดลอง	105.64 (4.54)	81.72 (10.50)	48	10.44	.000

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกก่อนการทดลองเท่ากับ 85.44 (ระดับปานกลาง) และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 81.72 (ระดับปานกลาง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p > .05$) นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม สำหรับหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 105.64 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้โปรแกรมมุ่งเน้นให้สมาชิกรับรู้ถึงปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้อย่างมีเหตุผล (comprehensibility) ทำให้มีความเข้าใจและยอมรับในปัญหาของตนเอง และสามารถประเมินว่าปัญหาต่าง ๆ นั้นบริหารจัดการได้ (manageability) โดยเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถประเมินว่าปัญหามีความหมาย ทำทรมามีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จ ล่วงไปได้ (meaningfulness) (Antonovsky, 1982) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก มีคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูง ซึ่งคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นเป็นการรับรู้และประเมินของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองที่เกิดขึ้นทันทีภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เนื่องจากรูปแบบของกระบวนการกลุ่มในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกถึงความเห็นอกเห็นใจให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ดูแลต้องประสบ โดยในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยนี้มีผู้ดูแลที่พิการขาพิการ ซึ่งมีคุณลักษณะของผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง คือ คิดเชิงบวก มองโลกในแง่ดี มีความยืดหยุ่น คอยให้กำลังใจแก่สมาชิกกลุ่ม และเป็นบุคคลต้นแบบของการ

มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ซึ่งช่วยส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น รวมทั้งลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายมีการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดี ได้แก่ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบนัดสม่ำเสมอ ไม่มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้และประเมินความพึงพอใจในตนเองต่อสิ่งที่ตนประกอบของคุณภาพชีวิตในระดับสูง ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดี มีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน มีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีอารมณ์ที่เบิกบาน มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจต่อชีวิตตนเองนำไปสู่เป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ ซึ่งการศึกษาของเยวาลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ที่ได้ศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ก็พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น สามารถรับรู้และประเมินสิ่งเร้าหรือปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบชีวิตบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคล โดยสามารถฝึกฝนและพัฒนาได้ (Antonovsky, 1982) ทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีการปรับตัวต่อผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

กับตน มองโลกในแง่ดี และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองและส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน: พยายามด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในชุมชน ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อันเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมมีการปรับตัวต่อผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึได้ว่าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน มองโลกในแง่ดี และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองและส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิต นำไปสู่การลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลได้ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย: ในการศึกษาผลของการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิต ควรมีการติดตามผลระยะยาวอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามผลคุณภาพชีวิตหลังการเข้าร่วมการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อจะได้ทราบว่า ผลการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถ

พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้คงทนเพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุชวณิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจ คอยชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ขาวนอก. (2547). *เปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลก และวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต. (2553). *รายงานประจำปี*. นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). *สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต

- และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ตะวัน วาทกิจ. (2547). ผลของโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีต่อความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). ผลการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรวิทย์ พุ่มจันทร์. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่ รับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13 (3), 146-156.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(3), 141-149.
- พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย สงวนสิน. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 3, 113-127.
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีสุดา วณาลีสิน, ทิพย์ภา เซษฐ์ชาวลิต, พรรณี อ่าวเจริญ, และจิตลัดดา ไชยมงคล. (2546). ปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 11(3), 121-131.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2540). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. ทูลสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุฒินนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาล, 38(3), 169-190.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ

- พยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Antonovsky, A. (1982). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A., & Sagy, S. (1989). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situation. *Journal of Social Psychology*, 126, 213-235.
- Dahlin, L., Cederblad, M., Antonovsky, A., & Hagnell, O. (1990). Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 228-232.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Realities and dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individual. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Greenberg, J. S., Greenley, J. R., McKee, D., Brown, R., & Griffin-francell, C. (1993). Mothers caring for an adult child with schizophrenia. *Family Relation*, 42, 205-211.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science and clinical psychiatry* (8th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lundman, B., & Norberg, A. (1993). The significance of a sense of coherence for subjective health in persons with insulin-dependent diabetes. *Journal of Advance Nursing*, 18:381-386.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(4), 19-26.
- The WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, filed trail version*. Geneva: WHO.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment Group. (1996). People and health: what quality of life?. *World Health Forum*, 17(4), 354-356 .
- World Health Organization. (2010). Schizophrenia. Retrieved June 26, 2010, from www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/