

## ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

อัครวัฒน์ เพียวพงภควัต พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะและปัจจัยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 170 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2561 เป็นเวลา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะ และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.89, 0.78, 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง เฉลี่ยเท่ากับ 59.97 คะแนน (SD = 15.14) อายุ การรับรู้สมรรถนะ และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลผู้ป่วย จิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.24$ ,  $r = -.22$ ,  $r = -.28$ , ตามลำดับ  $p < .05$ ) ตัวแปรที่สามารถทำนายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ได้แก่ อายุของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด ( $\beta = -.26$ ) รองลงมาสัมพันธภาพในครอบครัว ( $\beta = -.24$ ,  $p < .05$ )

สรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะ และสัมพันธภาพในครอบครัวมี ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข ควรเน้นการสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่นและไว้วางใจ ส่งผลให้ลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท

\* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์  
Corresponding author: นพ.อัครวัฒน์ เพียวพงภควัต Email: Akkhrawat@gmail.com

## Factors Affecting Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Nong Ki Hospital, Buriram Province

Akkarawat Piawpongpakawat, MD\*

### Abstract

The purpose of this study was to examine burden and factors influencing burden among caregivers of patients with schizophrenia. The samples were 170 caregivers of patients with schizophrenia who took the patients for treatment at the outpatient department of Nong Ki Hospital. The samples were selected using simple random sampling. The data were collected during September 2017 and April 2018 for 8 months using self-reported questionnaires which include personal information, burden, knowledge about caring for patients with schizophrenia, perceived self-efficacy and family relationship questionnaires. The reliabilities of these questionnaires were 0.89, 0.78, 0.86 and 0.84 respectively. Descriptive statistics and multiple regression analysis were employed for data analysis.

The results revealed that the average score of burden of caring patients with schizophrenia was at a moderate level ( $\bar{x} = 59.97$ ) (SD = 15.14). Age, perceived self-efficacy, and family relationship had significant negative associations with burdens (with  $r = -0.24, -0.22, \text{ and } -0.28$  respectively ( $p < .05$ ). Result from multiple regression analysis showed that approximately 12% of the variance of the caregiver burden can be accounted for by the linear combination of age and family relationship ( $p < .05$ ). The strongest predicting factor was age ( $\beta = -.26, p < .05$ ) followed by family relationship ( $\beta = -.24, p < .05$ ).

Results from this study suggested that age, perceived self-efficacy, and family relationship had significant negative associations with burdens and health care providers need to develop mental health interventions for supporting families of schizophrenic patients to reduce their burdens through the promotion of family relationships.

**Keywords:** Caregivers, Patients with schizophrenia

---

\* Doctor, Senior Professional Level, Nong Ki Hospital, Nong Ki District, Buriram Province  
Corresponding author: Dr. Akkarawat Piawpongpakawat Email: Akkhrawat@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรัง และเกิดความรุนแรงได้ โดยเกิดความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ความชุกของการเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก<sup>1</sup> ในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2553 2554 2555 และ 2556 มีจำนวนร้อยละ 35.7 34.9 34.4 และ 35.01 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ของการกลับเข้ามา รักษาซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยแบ่งเป็นการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 90 วัน ปีงบประมาณ 2554 2555 และ 2556 คิดเป็น ร้อยละ 15.79 14.80 และ 15.332 ข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลด้วย อาการทางจิตที่กำเริบและรุนแรง มีจำนวนมากขึ้น ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม การดำเนินของโรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่จะเริ่มแยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความสนใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านการทำงานบกพร่อง และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาการทางด้านจิตเภทกำเริบ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ทำร้ายตนเองทำร้ายผู้อื่นทำให้ญาติต้องพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการทางจิตก็จะสงบลง แต่ยังคงมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ยังมีอาการกำเริบ บ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลืออยู่มาก ลักษณะดังกล่าวจึงทำให้โรคจิตเภทกลายเป็นโรคเรื้อรัง

และส่งผลให้มีการกำเริบได้ง่าย<sup>3</sup> ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น จนต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้านตัวผู้ป่วย คือ การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ด้านครอบครัวพบว่า มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบตำหนิ ติเตียน ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป<sup>4</sup> ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ผลกระทบต่อประเทศชาติ เช่น รัฐบาลต้องมีภาระในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น และต้องสูญเสียรายได้ในส่วนของผู้ป่วย และผู้ดูแลที่ต้องหยุดงาน อาจต้องออกจากงาน<sup>5</sup> ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ต้องใช้ชีวิตส่วนมากอยู่กับครอบครัว สถาบันครอบครัวจึงกลายเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล<sup>6</sup> ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติในครอบครัว ซึ่งต้องดูแล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองและครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเดือดร้อน<sup>7</sup> ภาระของผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ภาระเชิงปรณัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ เวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง มีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่ การงานเปลี่ยนแปลงและเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ<sup>8</sup>

จากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 267, 261 และ 292 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>9</sup> จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส การศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท<sup>10</sup> อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท<sup>11</sup> ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท<sup>12</sup> การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยและสัมพันธภาพในครอบครัว<sup>13</sup> จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางในการพัฒนาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะ และสัมพันธภาพในครอบครัว

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational Predictive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ICD10 F20-F29) ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทน ที่โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่โรงพยาบาล เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 292 ราย

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนที่โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรของ Taro Yamane<sup>14</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 170 คน เลือกกลุ่มประชากรในการศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตรหลาน หรือญาติสายตรง อายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถพูดคุยสื่อสารได้ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล และสัมพันธภาพในครอบครัว

2.2 แบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามภาวะ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาโดยวาสนา นามเหลา<sup>11</sup> แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ด้านการมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน การทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และทัศนคติ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุดจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 - 5 คะแนน ตามลำดับ กลับคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.89

2.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาโดยวาสนา นามเหลา<sup>11</sup> จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดย “ใช่” ให้ 1 คะแนน “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน กับคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นของ

เครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.78

2.4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะ (Perceived self-efficacy scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura ผู้วิจัยประยุกต์จากเบ็ญจานิมนวล<sup>13</sup> จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เป็นความจริงจนถึงจริงมากที่สุด ให้ 1 - 4 คะแนนตามลำดับ นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.86

2.5 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยประยุกต์จากวรรณรัตน์ ลาวัง<sup>15</sup> แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลยจนถึงตรงกับความเป็นจริงที่เกิดตลอดเวลา ให้ 1 - 5 คะแนน นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.84

### 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยการคัดเลือก

เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก และมีผู้ดูแลพามารับการรักษา จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมาตามนัด เชิญกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระหว่างเดือนกันยายน 2560 ถึงเดือนเมษายน 2561 เป็นเวลา 8 เดือน

3.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล วิธีตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่าง ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเช่นยินยอม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ถ้าผู้ดูแลอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ผู้ดูแลฟังและให้ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง แล้วตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คະແນນการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะ และคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ใช้ ในการทดสอบที่ 0.05

5. การศึกษาครั้งนี้ยึดหลักจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรม

ในการทำวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยบอกวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมที่ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ พร้อมทั้งแนบใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัยไปกับแบบสอบถามการวิจัย

## ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 170 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.12 อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี อายุเฉลี่ย 49 (S.D. = 11.91) การศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.65 ประกอบอาชีพทำนา/ทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 34.12 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.06 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 82.35 ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 57.64 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 2-20 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 8.65 (SD = 6.82)

คะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในภาพรวม เฉลี่ยเท่ากับ 58.57 คะแนน (SD = 15.14) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาภาระการดูแล เชิงอัตนัย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.07 คะแนน (SD = 8.12) มีภาระการดูแลเชิงปรนัย เฉลี่ยเท่ากับ 29.90 คะแนน (SD = 7.02) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 170)

การดูแล	Min	Max	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
1. การดูแลเชิงอัตนัย	13	55	30.07	8.12	การดูแลปานกลาง
2. การดูแลเชิงปรนัย	14	40	28.50	7.02	การดูแลปานกลาง
รวม	27	95	58.57	15.14	การดูแลปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 32.08 (SD=6.20) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ภาพรวมอยู่ในระดับ และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย พอดี คะแนนเฉลี่ย 17.00 (SD=3.62) การรับรู้ โรคจิตเภท ภาพรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย สมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ภาพรวม 66.67 (SD=12.10) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 170)

การดูแล	Min	Max	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	14	20	17.00	3.62	ระดับพอใช้
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	16	40	32.08	6.20	ระดับสูง
3. สัมพันธภาพในครอบครัว	30	80	66.67	12.10	ระดับดี

ความสัมพันธ์ในการทำนายของปัจจัย การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (r = -.24, r = -.22, r = -.28, p < .05 ตามลำดับ) พบว่า อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ ดังตารางที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับ

**ตารางที่ 3** ค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยด้าน อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 170)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
อายุ	1					
ระยะเวลาในการดูแล	0.20*	1				
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-0.14	-0.10	1			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.10	0.08	-0.26**	1		
สัมพันธภาพในครอบครัว	-0.07	-0.28*	-0.10	-0.30**	1	
การดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-0.24*	0.10	0.08	-0.22*	-0.28**	1

\* p < .05 \*\* p < .01

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของตัวแปรทำนายกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ปัจจัยทำนายที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้มากที่สุด คือ อายุผู้ดูแล ( $\bar{X} = -.22, p < .05$ ) และสัมพันธภาพในครอบครัว ( $\bar{X} = -.20, p < .05$ ) ตามลำดับ โดยพบว่า อายุ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ได้คิดเป็นร้อยละ 14 ( $R_{2adj} = 0.14, p < .001$ ) และสามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานคือ  $Z_{\text{ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท}} = -0.22 (Z_{\text{อายุ}}) - 0.20 (Z_{\text{สัมพันธภาพในครอบครัว}})$  อธิบายได้ว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำนายได้จากอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $\bar{X} = -.26, p < .05$ ) ร่วมกับมีสัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $\bar{X} = -.24, p < .05$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของตัวแปรทำนายกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 170)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
อายุ	-0.27	0.14	-0.22	-2.30	0.018
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-0.06	0.24	-0.16	-1.52	0.180
สัมพันธภาพในครอบครัว	-0.21	0.14	-0.20	-2.24	0.012

$R = .57$   $R_{adj}^2 = 0.14$   $R^2 = .18$  Constant = 96.94  $F = 12.64; p < .001$

## อภิปรายผล

คะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ยเท่ากับ 59.97 คะแนน (SD = 15.14) จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติใกล้ชิดผู้ป่วย รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สังคมและชุมชน ซึ่งเป็นบิดา มารดา ทำให้มีความสนิทสนมและคุ้นเคยกับผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ลักษณะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นความผูกพัน มีความเอื้ออาทร ห่วงใย และจริงจังต่อกันเป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย แม้ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีหวังว่าความเจ็บป่วยจะมีโอกาสหาย ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระของ

ครอบครัว<sup>16</sup> ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวจะได้รับการส่งเสริมให้มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง กระตุ้นให้เข้าร่วมในการทำ กิจกรรมกับครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ<sup>19</sup> ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง<sup>12</sup> ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับการรับรู้ที่ไม่เป็นภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท<sup>10</sup>

ความสัมพันธ์ในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล พบว่า อายุ การรับรู้สมรรถนะ และสัมพันธภาพในครอบครัว

มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล คือ อายุผู้ดูแล ( $\bar{X} = -.22$ ,  $p < .05$ ) และสัมพันธภาพในครอบครัว ( $\bar{X} = -.20$ ,  $p < .05$ ) ตามลำดับ โดยพบว่า อายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว ร่วมกันทำนายภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ คิดเป็นร้อยละ 14 ( $R^2_{adj} = 0.14$ ,  $p < .001$ ) ซึ่งขนาดของความสัมพันธ์ และอิทธิพลของตัวแปรสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

อายุของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้มากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = -.26$ ,  $p < .05$ ) สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลที่กล่าวไว้ว่า อายุของผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบในส่วนพัฒนาการของบุคคล อายุที่มากขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะมากขึ้น มีโอกาสที่จะได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต ทำให้เข้าถึงความจริง รู้ในการกระทำ อายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท<sup>17</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด อายุของผู้ดูแลอาจจะทำให้มีการรับรู้ภาวะการดูแลที่แตกต่างกัน ต้องใช้ประสบการณ์ในการเรียนรู้แก้ไขปัญหา เผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อายุที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้บุคคลมีโอกาสที่ได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ<sup>11</sup> ผู้ดูแลที่มีอายุมาก การรับรู้ภาวะ การดูแลก็จะมาก<sup>10</sup> การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้ ซึ่งอายุของผู้ดูแลทำให้มีการรับรู้ภาวะการดูแลที่แตกต่างกัน อายุที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้บุคคลมีโอกาสที่ได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากประสบการณ์ทำให้

สามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จึงสรุปได้ว่าอายุของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X} = -.24$ ,  $p < .05$ ) สามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลที่กล่าวไว้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นองค์ประกอบในส่วนสังคมและวัฒนธรรม เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีการตกลงกันว่าใครจะรับบทบาทเป็นผู้ดูแล<sup>17</sup> สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ สัมพันธภาพที่ดีทำให้รู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการดูแลมากขึ้น<sup>11</sup> และสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีทำให้สมาชิกขาดความรักขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งนำมาซึ่งปัญหาในการดูแล ในทางกลับกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวดี จะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลปรับตัวเข้ากับบทบาท ภาระหน้าที่ได้<sup>18</sup> การศึกษาครั้งนี้ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี สามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่น ไว้วางใจ ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลความผู้ป่วยจิตเภท จึงสรุปได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้สมรรถนะในการดูแล ไม่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะ แห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการดูแล หากผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี จะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดน้อยลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด อารมณ์ และการกระทำของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคล และการตัดสินใจของบุคคลผู้ป่วยจิตเภทได้<sup>11</sup> และสมรรถนะเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>17</sup> ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่พบว่า สมรรถนะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หากผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะดี จะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดน้อยลง ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคล การศึกษาครั้งนี้ การรับรู้สมรรถนะไม่สามารถทำนายภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท<sup>13</sup> การศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการดูแล ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด อารมณ์ และการกระทำของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนต่อเหตุการณ์ จึงสรุปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่สามารถทำนายภาวะในการดูแล

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 17.00 (SD=3.62) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความ สามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน<sup>20</sup> แตกต่างกับการศึกษา ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ลดความหนักใจในการดูแลผู้ป่วย และภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง หากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดี ก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี<sup>21</sup>

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน<sup>22</sup> แตกต่างจากการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนานทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไปกิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจน้อยลง ผู้ดูแลหลายคนมีสุขภาพที่แยลง มีความอ่อนล้ามีปัญหาในการนอนและระบบทางเดินอาหาร จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานานดังนั้นระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็น่าจะมีผลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท<sup>23</sup>

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อลดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2011). World report on disability 2011. World Health Organization. Retrieved April 25, 2016, from [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/)
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555. นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. Washington DC : Author; 2005.
4. Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., and Keith, S. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. American Journal of Psychiatry, 2001; 158 :163-175.
5. Raune, D., Kuipers, E., & Bebbington, P. E. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a career appraisal model. The British Journal of Psychiatry, 2004; 184 (4) : 321-326
6. Awad, A. G., & Vornganti, L. N. The burden of schizophrenia on caregivers : a review. Pharmacoeconomics, 2008; 26 : 149-162.
7. Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations, 1985 ; 34(5) : 19-26
8. George, L. K., & Dwyther, L. P. Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. The Gerontologist, 1986; 26(8) : 253-259.
9. โรงพยาบาลหนองกี่. รายงานประจำปี โรงพยาบาลหนองกี่ ปีงบประมาณ 2560. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลหนองกี่ ; 2560.
10. รจนา ปุณโณทก. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
11. วาสนา นามเหลา. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2559.
12. จิราภร รักษการ. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2549.
13. เบ็ญจา นิมนวล. สมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ม. เชียงใหม่ :มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2547.

14. Yamane Taro. Statistics : An Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row ; 1973.
15. วรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ และยุติ รอดจากภัย. สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 2549 ; 15(2) : 17-31. [13]
16. สายใจ พัวพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล: ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัดสัน. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2553.
17. Neuman, B. The Neuman system model (4th ed.). New Jersey: Pearson Education ; 2002.
18. ลักษณะ หนูนาค. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่น ในวิทยาลัยเทคนิคปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตร์ บัณฑิต สาขาวิชาพัฒนารอบครัวและสังคม. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ; 2546.
19. สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. トラบาปในผู้ปวยจิตเภท. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ;2548.
20. แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน .วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2555 ; 26(1) : 35-49.
21. ทัดทรวง ตานะเศรษฐ. ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทศนคติต่อการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวไทยภูเขามาที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สะเรียง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2548.
22. เทียนทอง ทาระบุตร. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555.
23. Doornbos, M. M. Family caregivers and the mental health care system: Reality and dream. Archives of Psychiatric Nursing, 2002 ;. 16(1) : 39-46.