



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Coping Skills Enhancement Program on Psychological distress in Caregivers of Person with Schizophrenia

ศิริธนา ยะมะโน *
รัชนิกร อุปเสน **

Sirithana Yamano *
Ratchaneekorn Upasen **

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด 2) แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ the Kessler psychological distress scales (K10) 3) แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่า Paired t-test ในกลุ่มทดลองและ Independent t-test ในกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่าภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาวะกดดันด้านจิตใจ ทักษะการเผชิญความเครียด

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were to compare psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia before and after received the coping skills enhancement program, and psychological distress in caregivers of persons with

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Students from the Mental Health and Psychiatric Nursing course, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, bellboo_@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

วันที่รับบทความ 21 สิงหาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 20 กุมภาพันธ์ 2561 วันที่ตอบรับบทความ 6 พฤศจิกายน 2561

schizophrenia who received the coping skills enhancement program and those who received regular nursing care. Forty caregivers of schizophrenic patients who had received health care services in outpatient department at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra psychiatric hospital were randomly assigned to either an experimental or control group, 20 subjects in each group. The research instruments used in this research were: 1) the coping skills enhancement program, 2) the Kessler psychological distress scales, and 3) coping scale for caregivers of schizophrenic's patients. Paired t-test and independent t-test were used to analyze data in the experimental and the control groups respectively.

The results showed that the psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia after received the coping skills enhancement program was statistically significantly less than those before at $p .05$ level and the psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia after received the coping skills enhancement program significantly higher than those in the control group who received the regular nursing care at $p .05$ level.

These results could be used as basic information for nurses in planning nursing care in order to enhance coping skills for caregivers of schizophrenic patients to decrease the psychological distress.

Keywords: *Schizophrenia Patients's Caregiver, Psychological Distress, Coping Skills*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น ผู้ป่วยจะแสดงออกในลักษณะอาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) มีความผิดปกติของกระบวนการความคิด (thought disorder) และมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่เห็นชัดว่าแปลกพิกลไม่สมเหตุผล (Lotrakul & Sukanich, 2015) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลกในประเทศไทยจากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,669,821 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 480,266 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (Information Center Planning Division, Department of Mental Health, 2015) ซึ่งจากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่า โรงพยาบาลจิตเวช

นครราชสีมาราชชนกธรินทร์พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 และเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2559-2560 มีปริมาณเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ 25,498 ราย 29,881 ราย (Information Center Planning Division, Department of Mental Health, 2016)

ปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล มุ่งเน้นบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่ได้รับการจำหน่าย จะมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ซึ่งยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับสภาพปกติเหมือนเดิม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Inthong et al., 2011) เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็น

หน้าที่ของผู้ดูแล และครอบครัวที่จะต้องเข้ามารับหน้าที่หลักในการดูแลต่อเนื่อง เพิ่มเติมจากบทบาทอื่น ๆ ที่มีอยู่ให้แก่ผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ต้องอาศัยการทุ่มเททั้งร่างกาย แรงใจ จึงส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิด ภาวะกดดันด้านจิตใจ (Petcharat & Suwaluk, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chimsuk (2012) ที่ได้ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดัน ด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพบว่าภาวะกดดัน ด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก ($= 2.55$, $SD = 0.28$)

ภาวะกดดันด้านจิตใจ (psychological distress) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหมายถึง สภาวะทางอารมณ์ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ลักษณะอาการคือซึมเศร้า และวิตกกังวล (Kessler & Mroczek, 1994) ซึ่งซึมเศร้าเป็นอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเหนื่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ สิ้นหวัง หดหู่ รู้สึกว่าทุกอย่างต้องใช้ความพยายาม รู้สึกซึมเศร้า และรู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า เป็นต้น และวิตกกังวลเป็นอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่รู้สึกกังวลใจ และรู้สึกกระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด ซึ่งการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจมาก (Chimsuk, 2012; Chen et al., 2016) เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาภาวะกดดันทางจิตใจของสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลญาติที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก พบว่าสมาชิก ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการประเมินสถานการณ์ ความเครียดทางลบจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดัน ด้านจิตใจมาก (Lohacheewa, Sitthimongkol, Sirapongam, & Viwatwongkasem, 2016) ซึ่งอาจทำให้เสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยทางจิตตามมา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทอาจ ไม่ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้เกิดการไร้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ โดยเฉพาะไม่สามารถดูแลตนเอง และดำรง ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ

ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น

ปัญหาที่มีความสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและ ครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลใน ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ยาวนาน ไม่ต้อง กลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Udomrat & Vasikanonte, 2009) หากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิต เภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ ผู้ดูแลจะมีสุขภาพจิตดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดโอกาส เกิดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิต (Stawathumrong & Serisatient, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะกดดันด้านจิตใจใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Mitsonis et al., 2012) การสนับสนุนทางสังคม (Yusuf & Nuhu, 2011) และความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย (Chimsuk, 2012) นอกจากนี้การเผชิญความเครียด เป็นตัวกลางที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับ รู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม การประเมินสถานการณ์ทาง ลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Lohacheewa et al., 2016; Ong et al., 2016) เช่น เดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของ Chen et al. (2012) ที่พบว่าผู้ดูแลยังใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ไม่มี ประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีการ เผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการที่อารมณ์ เนื่องจากยัง ขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเผชิญ ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นหากรูปแบบการบำบัด ที่สามารถนำมาจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ อาจจะช่วยลดภาวะกดดันด้าน จิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

งานวิจัยที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Suriyong, Tungpunkom, & Suvanayos, 2008) ที่เน้นทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาภาวะกดดันทางจิตใจของสมาชิกครอบครัว

ผู้ดูแลญาติที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก (Lohacheewa et al., 2016) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งการเผชิญความเครียด เป็นการประเมินสถานการณ์ผ่านกระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ และการประเมินใหม่ (reappraisal) เพื่อหาวิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสมขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรูปแบบการบำบัดวิธีต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยให้ผู้ดูแลมีรูปแบบการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธี มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสม อีกทั้งรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยจำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามการรับรู้และประสบการณ์ (primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด และ กิจกรรมที่ 2 ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล การให้ความรู้เรื่องการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์แบบทำลายาย ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 5 ให้ความ

รู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และฝึกทักษะฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและกิจกรรมที่ 6 พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชนผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนและให้สนับสนุนซึ่งกันและกัน ขั้นตอนที่ 3 การประเมินใหม่ (reappraisal) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 ได้แก่ การสรุปกิจกรรมที่ 2-6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ความเครียดใหม่ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง มีรูปแบบการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธี มีทักษะการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสม และรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งส่งผล ให้ลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ประชากรคือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V หรือ ICD-10 F20.0-F20.9 ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ซึ่งมีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจที่ประเมินอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (K10 ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป) โดยใช้แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ the Kessler psychological distress scales (K10) และสามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ทั้งชายและหญิง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 40 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched-pair) ให้แต่ละคู่มีความคล้ายคลึงกัน (Thato, 2009) ในเรื่องเพศ (Mit-

sonis et al., 2012) และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Chimsuk, 2012)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่มโดยจำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ครั้งละ 60 นาที เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ the Kessler psychological distress scales (K10) ซึ่งได้แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการเผชิญความเครียด พัฒนาโดย Chimsuk (2012) ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยพบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และพบค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการกำกับการศึกษาไว้ว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมี

คะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมาแล้ว รหัสโครงการ 02-032561 อนุมัติเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2561 เมื่อพิจารณาผ่านการเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จึงได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล เมื่อผ่านการขออนุมัติแล้วจึงขออนุญาตเก็บข้อมูลและประสานงานกับผู้อำนวยการและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการทดลอง เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 4 พฤษภาคม 2561 จนถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2561 โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการเปรียบเทียบภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 6.337$) ดังตารางที่ 1

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.877$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	21.55	5.60	ปานกลาง	19	6.337	<0.001*
หลังการทดลอง	13.40	1.54	ต่ำ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	23.06	5.22	ปานกลาง	19	1.798	0.088
หลังการทดลอง	21.80	4.55	ปานกลาง			

*P-value from Paired t-test, * significant at the .05 level*

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	21.55	5.60	ปานกลาง	38	0.877	0.386
กลุ่มควบคุม	23.05	5.22	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.40	1.54	ต่ำ	38	7.824	<0.001*
กลุ่มควบคุม	21.80	4.55	ปานกลาง			

*P-value from Independent t-test, * significant at the .05 level*

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 การที่ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยจำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการรู้คิด

(cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (primary appraisal) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับ และให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด และ กิจกรรมที่ 2 ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์ การดูแล การให้ความรู้เรื่องการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์แบบทำลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lohacheewa et al. (2016) ที่พบว่าหากผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดทางบวกเพิ่มขึ้น จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ขั้นตอนที่ 2

ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถ
กระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้
(secondary appraisal) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 ให้
ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ
อาการ ความรุนแรงของโรคและฝึกทักษะเรื่องอาการ
ข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น
กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและ
การแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบ
มุ่งแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 5 ให้ความรู้เรื่องการเผชิญ
ความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และฝึกทักษะฝึก
การหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และ กิจกรรมที่
6 พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนให้ความรู้เรื่อง
แหล่งประโยชน์ในชุมชนผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์
เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน และให้สนับสนุนซึ่งกัน
และกัน ขั้นตอนที่ 3 การประเมินใหม่ (reappraisal)
ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 สรุปกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้
รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินสถานการณ์
ความเครียดใหม่ ซึ่งทั้ง 7 กิจกรรมนี้เป็นการฝึกทักษะ
การเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องจนทำให้ผู้ดูแลมี
ทักษะการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ภาวะ
กดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง อีกทั้งยัง
เป็นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมถึงการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้
เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Junpen (2014) ศึกษาผล
ของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อ
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง
ทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
เสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด สอดคล้องกับ
การศึกษากลกระทันด้านจิตใจต่อครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท (Riley-McHugh, Brown, & Lindo, 2016) ที่
พบว่าหากผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่าง
เหมาะสมจะทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลจากการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทและช่วยบรรเทาภาวะกดดันด้านจิตใจของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะ
การเผชิญความเครียดต่ำกว่ากับคะแนนของผู้ดูแลกลุ่ม
ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้
เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญ
ความเครียดเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะ
กดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษา
ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปร
แทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่
เพศ และระยะเวลาการดูแล

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดจากการ
ดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรม ของโปรแกรมเสริมสร้าง
ทักษะการเผชิญความเครียดอย่างแท้จริง พบว่าในแต่ละ
กิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะใน
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญ
ความเครียดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่าง
ถูกต้อง มีรูปแบบการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธี
มีทักษะการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการ
ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้ความรุนแรง
ของโรคอย่างเหมาะสม และรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทาง
สังคม ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ
โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด จะได้
รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่
บ้าน ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิต
เภท ลดความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าจาก
ภาวะกดดันด้านจิตใจอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิต
เภท และมีทักษะในการจัดการกับอาการเบื้องต้นจาก
การใช้ยารักษาอาการจิต มีทักษะเผชิญความเครียดแบบ
มุ่งแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการ
กับอารมณ์ รวมทั้งหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถ
ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะ
ช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

2. ผู้ดูแลโปรแกรมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดไปใช้นั้นจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มของสมาชิกกลุ่มเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่กำหนดไว้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลในระยะยาว (longitudinal Study) เช่น ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการศึกษาและความคงอยู่ของทักษะการเผชิญความเครียดและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุพการี ครูอาจารย์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านจงมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

- Chimsuk, N. (2012). *Selected factors related to psychological distress of famcily aregivers of schizophrenia patients* (Master's thesis, Chulalongkorn University). (in Thai).
- Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., & Li, P. (2016). Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 96, 78-82.
- Information Center Planning Division, Department of Mental Health. (2015). *Service statistics of departments under the department Mental Health Annual 2015*. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry public health. (In Thai)
- Information Center Planning Division, Department of Mental Health. (2016). *Service statistics of departments under the department Mental Health Annual 2016*. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry public health. (In Thai)
- Inthong, S., Tungpunkom, P., Suvanayos, C., Wannachaiyakul, S., Woottitluk, P. & Thummathai, K. (2011). Quality of life of person with schizophrenia in Thailand. *Nursing Journal*, 38(2), 177-190.
- Junpen, M. (2014). *The effect of coping skills enhancement program on caring abillity of schizophrenic patients' caregivers in the community* (Master's thesis, Chulalongkorn University). (In Thai)
- Kessler, R., & Mroczek, D. (1994). *Final versions of our non-specific psychological distress scale*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.

- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(06), 959-976.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Coping and adaptation*. The handbook of behavioral medicine, 282-325.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi essential psychiatry*. (4th ed.). Bangkok: Department of Psychiatry Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (In Thai)
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3), 183-195.
- Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., ... Katsanou, M. N. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(2), 331-337.
- Ong, H. C., Ibrahim, N., & Wahab, S. (2016). Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychol Res Behav Manag*, 9, 211-218.
- Petcharat, B., & Suwaluk, Y. (2004). Factors predicting impact on the caregivers of chronic schizophrenic patients. *Journal of Mental Health of Thailand*, 12(3), 141-149. (In Thai)
- Riley-McHugh, D., Brown, C. H., & Lindo, J. (2016). Schizophrenia: Its psychological effects on family caregivers. *International Journal of Advanced Nursing Studie*, 5(1), 96-101.
- Stawathumrong, P., & Serisatient, P. (2000). The problems of patients' and relatives' who receive psychiatric services at Somdet Chaopraya hospital. *Journal of Mental Health of Thailand*, 8(3), 153-161. (In Thai)
- Suriyong, J., Tungpunkom, P., & Suvanayos, C. (2008). Effect of the family Caregiving Program on Caregiving Skills AMong Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Nursing Journal*, 35(3), 97-106.
- Thato, R. (2009). *Nursing reserch: Concepts to application* (2nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)
- Udomrat, P., & Vasikanonte, S. (2009). *Textbook of schizophrenia* (1st ed.). Songkhla: Chaanmeuang Printing. (In Thai)
- Yusuf, A. J., & Nuhu, F. T. (2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(1), 11-16.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>