

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังต่อความสามารถ ในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

The Effects of An Empowerment Program on The Psychosocial Rehabilitation Abilities of Caregivers of Schizophrenic Patients

สิริมาบังอร ดีหลี*¹ ชมชื่น สมประเสริฐ² นุชนาถ บรรพมพ²

Sirimabangon Deelee*¹ Chomchuen Somprasert Nuchanart Bunthumporn

¹โรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ 33210

¹Huai Thup Than Hospital, Sisaket, Thailand 33210

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120

²Faculty of Nursing, Thammasart University, Phatumthani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังต่อความสามารถในการฟื้นฟูสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอห้วยทับทันจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วสุ่มเข้า กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดำเนิน โปรแกรมการสร้างเสริมพลัง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมการสร้างเสริมพลัง 3) แบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โปรแกรมการสร้างเสริมพลังได้ผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และแบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วย จิตเภทของผู้ดูแล มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูล ส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทดสอบทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลัง ($M = 102.50$, $SD = 6.06$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลัง ($M = 53.60$, $SD = 11.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.68$, $p < .001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 48.9$, $SD = 12.95$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = 0.64$, $SD = 3.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.87$, $p < .001$)

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังเพิ่มความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพลัง, ความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

The present study was based on a quasi-experimental research design aimed at studying the effects of an empowerment program on the psychosocial rehabilitation abilities of caregivers of schizophrenic patients. The sample included 60 primary caregivers of schizophrenic patients living in Huai Thap Than District, Sisaket Province, Thailand that met the inclusion criteria and that were randomized into experimental and control groups, with 30 persons per group. The control group received routine caring activities. The research instruments were the following:

1) personal data; 2) an empowerment program; and 3) a psychosocial rehabilitation ability scale. The empowerment program was validated for content validity by 3 experts and the reliability of the psychosocial scale had a Cronbach's alpha coefficient of .98. Personal data were analyzed using descriptive statistics and hypothesis tested using dependent and independent t-test.

The findings were as follows:

1) The psychosocial rehabilitation ability mean score of the caregivers after participating in the empowerment program ($M = 102.50$, $SD = 6.06$) was higher than before joining the program ($M = 53.60$, $SD = 11.60$), with a significant difference ($t = 20.68$, $p < .001$).

2) The mean difference between the pre-post psychosocial rehabilitation ability mean scores of the schizophrenic patients' primary caregivers in the experimental group ($\bar{D}_1 = 48.9$, $SD = 12.95$) was significantly greater than that for the primary caregivers of the individuals that received regular caring activities ($\bar{D}_2 = 0.64$, $SD = 3.05$) ($t = 19.87$, $p < .001$).

This study shows that an empowerment program of this type can enhance the psychosocial rehabilitation abilities of caregivers of schizophrenic patients and can be an alternative design for activities or programs to empower the caregivers of schizophrenic patient in terms of their psychosocial rehabilitation abilities.

Keywords: empowerment, psychosocial rehabilitation ability, schizophrenic patients

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่พบเป็นจำนวนมากที่สุดในบรรดากลุ่มโรคทางจิตเวชทั้งหมดและส่วนใหญ่จะมีการเสื่อมถอย ด้านการทำหน้าที่¹ ด้านการคิด การรับรู้ อารมณ์ การสื่อสาร และพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงไป² และพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย³ ปัญหาสุขภาพจิตยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ และบุคคลในสังคมที่ก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วยรวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม⁴

ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทนั้น เมื่อจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานๆ มักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านจิตใจ เช่น ผู้ดูแลรู้สึกหนักใจ เครียด เหนื่อยหน่าย ท้อแท้

หมดหวัง อีกทั้งทำให้ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเท่าที่ควร จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้⁵ จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันเนื่องมาจากอาการทางจิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขในการพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท⁶ เพื่อให้ผู้ดูแลพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

การฟื้นฟูจิตสังคม⁷ เป็นการสร้างเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการเสริมการทำหน้าที่ทางด้านจิตและสังคม ด้วยการสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นศักยภาพการจัดการตนเอง การสร้างความมั่นใจในตนเอง ผ่านกระบวนการเรียนรู้และปรับตัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพึ่งตนเองได้ ความสามารถในการ

การฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล เป็นการสร้างเสริมการทำงานที่ทางจิตและสังคม ให้สอดคล้องกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยระดับบุคคลครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการเพิ่มความสามารถที่จำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทางสังคม การทำงานการใช้เวลาว่าง และการพักผ่อน และการใช้ชีวิตในชุมชน⁷ และครอบคลุมทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาหรือภาวะโรคและมีแนวทางการปรับตัวต่อปัญหาหรือความเจ็บป่วย⁸ ดังนั้นความสามารถในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จึงเป็นการสร้างเสริมการทำงานที่ทางจิตและสังคม เป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู เมื่อกลับสู่ชุมชนช่วยให้ผู้คนกลับมามีบทบาทใหม่ในชุมชนและการกลับเข้าสู่ชีวิตของชุมชนอีกครั้ง ช่วยในการพัฒนาเครือข่ายการสนับสนุนส่วนบุคคล ช่วยให้มีความมั่นใจในตนเองและแต่ละคนที่ได้รับบริการทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้ และเติบโต มีสิทธิในการกำกับกิจการของตนเอง รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตของพวกเขา ได้รับความเคารพและศักดิ์ศรีและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการสร้างเสริมพลังเพื่อเพิ่มความสามารถผู้ดูแล สร้างจากจุดแข็งของแต่ละคน เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ดูแลแต่ละคน ผู้ดูแลเป็นคนสำคัญของกระบวนการเพิ่มความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยและญาติสามารถลดอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและยังลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้⁹ อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

จากการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมพลัง¹⁰ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองกล้าที่จะค้นหาความรู้ใหม่และรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะแก้ไขหรือจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ การสร้างเสริมพลังทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งด้านโภชนาการ ออกกำลังกาย สังคม จิตใจ จิตวิญญาณและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ¹¹ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ¹² การสร้างเสริมพลังทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองส่งผลให้

ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระลดลง¹³ ผู้ดูแลมีพลังในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สามารถค้นพบปัญหาที่เกิดจากความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เข้าใจถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เหมาะสม¹⁴ ดังนั้นการช่วยเพิ่มความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับเปลี่ยนข้อบกพร่อง และการใช้ทรัพยากร เพื่อจัดการกับสถานการณ์ในชีวิต รวมถึงการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพลังความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตสังคม¹⁵ ดังนั้นผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมพลัง เพื่อพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยคาดหวังว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเพิ่มความมั่นใจ ในความสามารถของตนเอง จักช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถฟื้นฟูจิตสังคมในด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการอาศัยอยู่ในครัวเรือน ด้านการสื่อสาร ด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ และด้านการอาศัยในชุมชน¹⁶

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. ความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยนำแนวคิดการฟื้นฟูจิตสังคม⁷ (Psychosocial rehabilitation) ที่กล่าวว่า การฟื้นฟูจิตสังคม หมายถึง กิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตให้สามารถทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม

การสร้างแรงจูงใจ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง การเรียนรู้ และปรับตัว เพื่อให้บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต พัฒนาสมรรถนะและจัดการตอบสนองความต้องการอันนำไปสู่ การบรรลุเป้าหมายของตน รวมไปถึงการแสดงบทบาทที่เหมาะสมผ่านกระบวนการการสร้างเสริมพลัง¹⁰ ที่กล่าวว่า การสร้างเสริมพลังเป็นกระบวนการส่วนบุคคล (interpersonal process) ที่ก่อให้เกิดการสร้างเสริมพลังและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการสถานการณ์โดยใช้ความสามารถของตนเอง ด้วยการดำเนินกิจกรรมในชีวิตอย่างมีความหมายและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้พัฒนาตนเอง สามารถใช้ความรู้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการเลือกแสดงพฤติกรรมเป้าหมาย เพื่อกระตุ้นศักยภาพการจัดการตนเอง ในการอยู่อาศัยในครัวเรือน การอยู่ร่วมอาศัยในชุมชน การทำงาน เพื่อหาเลี้ยงชีพของผู้ป่วยจิตเภท และสามารถพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล เพื่อผ่อนคลายภาวะเครียดจากการดูแลโดยมุ่งหมายให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพึ่งตนเอง และช่วยเหลือตนเองได้ ตามกรอบแนวคิดดังแสดงในแผนภาพ

โปรแกรมการสร้างเสริมพลังออกแบบโดยใช้แนวคิด 2 แนวคิด คือ

(1) แนวคิดการฟื้นฟูจิตสังคม⁷

- ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม
- การสร้างแรงจูงใจ
- การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง
- การเรียนรู้และปรับตัวเพื่อพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคม

(2) กระบวนการสร้างเสริมพลัง¹⁰ ทั้ง 4 ขั้นตอน

- การค้นพบสถานการณ์จริง
- การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- การตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมและการลงมือปฏิบัติของผู้ดูแล
- การคงไว้ซึ่งความสามารถ

ความสามารถในการฟื้นฟู
จิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท
ของผู้ดูแล

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลเขตบริการสุขภาพอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้

ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง ลูก หลาน มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน 6 เดือน ขึ้นไป ที่มารับยาตามนัดหรือพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ในเขตบริการสุขภาพโรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี) และโรคประจำตัว
- 2) แบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล¹⁹ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีความครอบคลุมความสามารถทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ด้านการสื่อสาร ด้านการ

อยู่อาศัยในชุมชน ด้านการผ่อนคลาย และด้านการทำงาน เพื่อหาเลี้ยงชีพ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5-rating scale) คือ ไม่ได้ทำ ครึ่งคราว บ่อยครั้ง ค่อนข้างบ่อย สม่่าเสมอ มีค่าคะแนน 0-4 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่โปรแกรมการสร้างเสริมพลัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจาก การศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดการสร้างเสริมพลัง¹⁰ปรับใช้ให้เหมาะสมซึ่งเป็นกิจกรรม สำหรับผู้วิจัยที่ใช้ในกิจกรรมการสร้างเสริมพลัง มีการกำหนดเนื้อหาและเตรียมแผนการกิจกรรม การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลไว้อย่างชัดเจน โดยมีการดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายกลุ่มกิจกรรม ทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง และมีการบ้านติดต่อกันทุกวันๆ ละ 35 นาที ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 “เปิดใจสร้างสัมพันธ์ช่วยจัดทุกข์ บำรุงสุข” (ด้านการผ่อนคลายความเครียด) ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการทำกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ ความไว้วางใจ การพัฒนาความสามารถการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคม มีความมั่นใจในการเลือกกลวิธีการปรับตัวการผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 2 “ความจริงเกี่ยวกับจิตเภท” (ด้านสุขอนามัยส่วนตัว) ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรับประทานยา อาการข้างเคียงจากยา ผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และเรียนรู้พัฒนาความสามารถของตน กำหนดเป้าหมาย การพัฒนาตนเอง

กิจกรรมที่ 3 “พฤติกรรมเจ้าปัญหา” (ด้านการอาศัยอยู่ในครัวเรือน) ผู้ดูแลควรเข้าใจถึงสาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้นในเรื่องการอยู่อาศัยของผู้ป่วยร่วมกันในครัวเรือนด้วยการพัฒนาความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจ ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

กิจกรรมที่ 4 “สื่อสาร สื่อใจ” (ด้านการสื่อสาร) ผู้ดูแลมีความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นที่ต้องพัฒนาความสามารถในการสื่อสาร ฟัง เทคนิคการสื่อสารทางบวก การให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 “อาชีพคือพลัง” (ด้านการงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ) ผู้ดูแลควรรับรู้ เข้าใจถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วย เพื่อปรับตัวและจัดการเลือกกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุน ให้โอกาสผู้ป่วยได้เรียนรู้การทำหน้าที่ต่อตนเองสามารถเลือกทำงานที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 “มีธรรม มีสุขด้วยหัวใจดวงเดียวกัน”

(ด้านการอยู่อาศัยในชุมชน) การสร้างเสริมการทำกิจกรรมบำเพ็ญบุญ สร้างเสริมการปรับตัวให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ร่วมกับชุมชนได้ในระยะฟื้นฟูสภาพ สร้างเสริมศักยภาพของผู้ดูแลให้มั่นใจในความสามารถในการกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับผู้อื่นในชุมชนได้เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสร้างเสริมพลัง และแบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุง

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient method) ได้ค่าความเชื่อมั่น .98

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No.064/2561 วันที่รับรอง 8 มิถุนายน 2561 (รหัสโครงการ 041/2561) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ไม่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 และผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจาก พื้นที่เครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอย้ายทับทิม ประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยทับทันและสาธารณสุขอำเภอย้ายทับทิม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ขั้นตอนการทดลอง ดำเนินการดังนี้ 1) กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและแบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยพบกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำแบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล (Post-test) 2) กลุ่มได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลัง ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและแบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล (Pre-test) หลังการทดลองให้ผู้วิจัยให้กลุ่มได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลัง ทำแบบวัดความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 และนัดหมายกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังด้วยความสมัครใจอีกจำนวน 30 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความ

แตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. การทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ในเพศอายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p < .05$) ระหว่างกลุ่มเจ็บป่วยด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p < .05$)

2. ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทั้ง 6 ด้านโดยรวมพบว่า หลังการทดลองคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมของกลุ่มทดลอง ($M = 102.50$, $SD = 6.06$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 53.60$, $SD = 11.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.68$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($n = 30$)

คะแนนความสามารถในการ ฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล	11.26	2.58	18.63	1.19	29	13.61	.00
ด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน	9.63	3.49	17.30	1.51	29	10.36	.00
ด้านการสื่อสาร	8.77	3.35	15.80	1.06	29	10.44	.00
ด้านการอยู่อาศัยในชุมชน	8.80	3.88	17.33	1.75	29	10.24	.00
ด้านการผ่อนคลาย	8.67	3.83	16.87	1.70	29	11.20	.00
ด้านการประกอบอาชีพ	6.47	3.67	16.57	1.52	29	14.03	.00
ความสามารถในการฟื้นฟู จิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 6 ด้านโดยรวม	53.60	11.60	102.50	6.06	29	20.68	.00

3. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 48.9$, $SD = 12.95$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 0.64$, $SD = 3.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.87$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 60)

ความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มควบคุม (n = 30)				df	t	p-value
	M	SD	$\bar{D}_1$	SD	M	SD	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนการทดลอง	53.60	11.60			56.03	11.02	0.64	3.05	58	19.87	.00
			48.9	12.95							
หลังการทดลอง	102.50	6.06			56.67	11.76					

การอภิปรายผล ในการวิจัยครั้งนี้ขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังในกลุ่มทดลอง (M = 102.50, SD = 6.06) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 53.60, SD = 11.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 20.68, p < .001.) ภายหลังการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม และการบ้านที่ผู้ดูแลได้กลับไปทำที่บ้าน เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น และส่งเสริมการเรียนรู้จักตนเองมากขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยซักถาม ในสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมาของผู้ดูแล ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ มีเป้าหมาย เกิดการเรียนรู้ อยากพัฒนาตนเอง ทำให้ผลการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังผู้ดูแลมีความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ แรงจูงใจอยากเพิ่มความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภท 6 ด้าน ด้านการผ่อนคลาย ด้านสุขอนามัยส่วนตัว ด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ด้านการสื่อสาร ด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ และด้านการอยู่อาศัยในชุมชน เมื่อโปรแกรมสิ้นสุดลงผู้ดูแลจึงประเมินความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผลของโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล (M = 84.47, SD = 11.01) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 35.15, SD = 10.275) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)¹⁷

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการทดลองใน

กลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ = 48.9, SD = 12.95) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2$ = 0.64, SD = 3.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 19.87, p < .001) จากการวิจัยสรุปได้ว่า กิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมที่ออกแบบด้วยแนวคิดการฟื้นฟูจิตสังคม⁷ เป็นกิจกรรมการสร้างเสริมความสามารถของผู้ดูแลส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านจิตและสังคม⁷ ด้วยการสร้างแรงจูงใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองผ่านกระบวนการเรียนรู้การสร้างเสริมพลัง¹⁰ ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักรู้ ค้นพบความจริงเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ความสามารถของตนเอง เลือกกลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจสร้างเป้าหมายการฟื้นฟูจิตสังคมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง พัฒนาศักยภาพผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลัง ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ สถานการณ์การฟื้นฟูจิตสังคมให้กับผู้ป่วย พร้อมทั้งการสะท้อนคิดเพื่อนำไปสู่การใช้ศักยภาพตนเองปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งความสามารถ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ พิจารณาลำดับความสำคัญของเป้าหมาย พิจารณาทางเลือกทำให้ผู้ดูแลมั่นใจในความสามารถของตนเอง เพื่อการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลในชีวิตประจำวัน การสื่อสารระหว่างกัน ลักษณะการอยู่อาศัย ความอยู่ดีมีสุข การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การคลายเครียด ดังนั้นกิจกรรมของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังจึงสะท้อนประสิทธิผลมากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะการให้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะในการค้นหาความจริงจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจริง สามารถวิเคราะห์ทักษะในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีวิจารณญาณ รวมถึงการสะท้อน การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างกิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรม และช่วยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยปรับปรุงพัฒนาความสามารถของตนเองในการมีทักษะฟื้นฟูจิตสังคมในด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล สามารถสื่อสารกันอย่างมี

ประสิทธิภาพ มีทักษะในการผ่อนคลายความเครียด มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ เลือกกิจกรรมเสริมสร้างอาชีพให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะ เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะต่างๆ เหล่านี้ ไปฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทให้เขาสามารถจะปฏิบัติดูแลตนเองให้เป็นภาระต่อครอบครัวน้อยที่สุด ดังเช่นการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน 48 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คนและกลุ่มควบคุม 24 คน หลังการทดลองกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้สึกรู้สึกการเป็นภาระลดลง พร้อมทั้งมีการทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น¹⁸ ทั้งนี้ การที่ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมได้ เป็น เพราะมีการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ¹⁹ สังเคราะห์ว่าการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการใช้กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาและการปรับตัว เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม การกล้าแสดงออก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ตลอดจนปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลยังส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย และความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลยังส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยทางจิต เป็นปัจจัยป้องกันที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกครอบครัวมีการทำหน้าที่ในครอบครัว และยังเป็นการลดภาวะเครียดจากปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 บุคลากรทางการพยาบาลนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมไปเป็นแนวทางในการเพิ่มความความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การนำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ฝึกอบรมพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างมีคุณภาพ

1.3 เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับนักศึกษาพยาบาลเพื่อไปถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ดูแล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1. ควรมีการศึกษานำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังอื่นๆ เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถฟื้นฟูด้านจิตสังคมผู้ป่วยได้

2.2. ออกแบบโครงการวิจัยเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ กรรมการสอบทุกท่าน ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษา และขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการสนับสนุนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จด้วยดี

References

1. Worakul, P., Thavichachart, N., & Lueboonthavatchai, P. Effects of psycho-educational program on knowledge and attitude upon schizophrenia of schizophrenic patients' caregivers. J Med Assoc Thai. 2007; 90(6): 1199-1204.
2. World Health Organization [WHO]. The World health report 2001: Mental health new understanding, new hope. 2016;
3. Norton, N., Williams, H.Y., & Owen, M.J. An update on the genetics of schizophrenia. Current Opinion in psychiatry. 2006; 19(1): 158-164.
4. Mental Health Department. Annual report department of mental health. information center planning division, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2016. (in Thai).
5. Sukthong K., Uthis P., & Kertchok R. Effects of family group psychoeducation on burden and high expressed emotion in caregivers of schizophrenia patients in community. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2012; 26(3): 15-27. (in Thai).

6. Lim, C., Barrio, C., Hernandez, M., Barragán, A., & Brekke, J. S. Recovery from schizophrenia in community-based psychosocial rehabilitation settings.; 2017.
7. King, R., Lloyd, C., & Meehan, T. Handbook of Psychosocial Rehabilitation. Oxford: Blackwell; 2007.
8. Duangchan O., Khun Khok Choo P., & Kanjanicharangkul W. Social psychosocial practices in psychosocial clinics and kinematics of community hospitals. Bangkok: Beyond .(in Thai).
9. Stanley S. & Shwetha,S.Integrated psychosocial intervention in schizophrenia: implications for patients and caregivers.International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 2006; 10(2): 113-128.
10. Gibson, C. H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing.1995; 21(6): 1201-1210. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.
11. Neawbood S. Effects of empowerment program on self-care ability of a family caregiver. Journal of Nursing and Education. 2015; 8(4): 30-40. (in Thai).
12. Jaywan P., Nantachaipan P., & Thongchai C. Effects of the empowerment on perceived caring capabilities among caregivers of patients with traumatic brain injury. Nursing Journal. 2016; 43(1): 95-106. (in Thai).
13. Thanikkul B & Dangdomyouth P. The effects of self-help groups and empowerment of caregivers of schizophrenic patients in community. Journal of Psychiatry and Mental Health. 2012; 26 (2): 74-86. (in Thai).
14. Anantariyavej P., Jaiboon N., & Ploykluan W. The development of caregivers empowerment program of schizophrenia patient with auditory hallucinations. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2013; 27(1): 97-107.
15. Panyasiri P., Sampalung J., Triripee S., & Chandaram W. Effect of empowerment program on caregiver capacity of vascular caregivers brain. Journal of Nursing, 2009; 36 (3): 47-57. (in Thai).
16. Boonmalic P. Development of life skills assessment for psychiatric rehabilitation [LSD 30]. Journal of Srithanya Hospital. 2012; (13): 3-29. (in Thai).
17. Leangpanich P., Somprasert C., & Imkome Ek. The effects of a peer support group program on psychosocial rehabilitation abilities in caregiver of schizophrenic patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19 (supplement): 214-223. (In Thai).
18. Chien, W., Norman, I., & Thompson, D. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patient with schizophrenia. International Journal of Nursing Studies. 2004; 41(6): 637-649. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.01.010
19. Saunders, JC. Families living with severe mental illness: a literature review. Issues in Mental Health Nursing. 2003; 24(2): 175-198. doi: 10.1080/01612840305301.