บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

The Relationship Between Social Support and Stress of Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia

Received: May 22, 2020
Revised: Sep 1, 2020
Accepted: Sep 14, 2020

ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์ พย.ม. (Lunchana Phimphanchaiyaboon, M.S.N.)[1]
ศุภารัญ ผาสุข พย.ม. (Suparun Phasuk, M.S.N.)[2]
นฤมล อังศิริศักดิ์ วท.ม. (Nuruemol Angsirisak, M.Sc.)[3]
นฐมน บูญล้อม ส.ม. (Natamon Boonlom, M.P.H.)[4]
สุสารี ประคินกิจ วท.ด. (Susaree Prakhinkit, Ph.D.)[5]

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะในผู้ดูแลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การให้ความรู้และเสริมทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายใต้กรอบแนวคิดของความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักที่พักอาศัยในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร จำนวน 93 ราย เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล แบบวัดความเครียด และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยสถิติบรรยาย และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียด ด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.60 ($\bar{X}$ = 30.11, SD. = 18.80) ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}$ = 2.47, SD. = 0.52) และด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ($\bar{X}$ = 2.37, SD. = 0.51) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแล (r = -0.347, - 0.320 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผล: การให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ความวิตกกังวล ความเครียด ความสิ้นหวัง (hopelessness) และความรู้สึกซึมเศร้าได้ ซึ่งแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ประกอบ

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยสยาม

[1]Corresponding author อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานคร
Email: maylunchana@hotmail.com
[2, 3, 4]อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, [2]Email: iamtiyapoom@hotmail.com,
[3]Email: nlm_058@hotmail.com, [4]Email: nuanphun806@gmail.com
[5]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, [5]Email: tik.susaree@gmail.com
Faculty of Nursing, Siam University, Bangkok, Thailand.

ด้วยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์การแสดงความรู้สึกเป็นห่วงและการเสนอความช่วยเหลือและกระตุ้นให้กำลังใจ นอกจากนี้ยังรวมถึงการเบี่ยงเบนความสนใจ ส่วนการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น มองเห็นคุณค่าในตนเอง

ข้อเสนอแนะ: ผลที่ได้จากงานวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถพัฒนาเป็นโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ : ความเครียด, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

Introduction: The mental health of psychiatric patients' caregivers is particularly important in high-risk groups. Educating and enhancing coping skills can help reduce depression and anxiety in these caregivers.

Research objectives: The study aimed to investigate the stress of caregivers caring for patients with schizophrenia. The stress theory of Lazarus and Folkman was employed as the conceptual framework of this study.

Research methodology: This research was descriptive research. The study sample consisted of 93 family caregivers of patients with schizophrenia. The data were collected for a period of three months. This research collected personal data information, stress information, and social support information. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation analyzed using Pearson's s Correlation Coefficient.

Results: The study findings revealed that the stress level of caregivers was at a moderate level 59.60 % ($\bar{X}$ = 30.11, SD = 18.80). The caregivers were supported moderately for social support for information ($\bar{X}$ = 2.47, SD = 0.52) and comparative and valued measure ($\bar{X}$ = 2.37, SD = 0.51) accordingly. The social support for emotional and comparative and valued measures had negatively correlated with the stress of caregivers (r = - 0.347, - 0.320, respectively) statistically significant at .05

Conclusion: In order to reduce uncertainty, anxiety, stress, hopelessness, and depression, social group emotional support is required. Emotional support can take the form of sharing one's thoughts or experiences, expressing concern, offering encouragement, and even distracting oneself.Compare your feedback to that of others help a person feel welcomed by others and perceive their own worth

Implications: The results from the research can be used as basic information for the performance of community nurses in the care of schizophrenic patients. And can be developed as a stress-relieving program for schizophrenic caregivers.

Keywords: stress, social support, caregivers, patients with schizophrenia

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เกิดความพิการและสูญเสียเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพจิตไม่เพียงส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลรวมไปถึงญาติผู้ดูแลและบุคคลในสังคมอีกด้วย อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่าง ๆ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระสูงในการดูแล ส่งผลให้ญาติมีความท้อแท้เบื่อหน่าย หมดความหวังและกำลังใจในการรักษา ประกอบกับอาการของผู้ป่วยไม่คงที่ อาการกำเริบบ่อยครั้ง เกรงว่าผู้ป่วยก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นและชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องล่ามขังผู้ป่วยจิตเวชไว้ ผลกระทบในด้านลบที่เกิดขึ้นมี 3 ด้าน ดังนี้ ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยาหรือปรับการรับประทานยาเอง ด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลสูงอายุ ไม่มีเวลา ต้องไปประกอบอาชีพทำให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ด้านชุมชน ประกอบด้วย คนในชุมชนหวาดกลัวต่ออาการกำเริบ อาจมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยโรคจิต เพิกเฉย มีความคิดว่าผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้[1]

ครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยความหมาย จะเป็นผู้ที่พักอาศัยกับผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี และมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ในการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน การพูดคุย และดูแลสุขภาพ[2] และรับผิดชอบหน้าที่แทนผู้ป่วย จากบทบาทเดิมทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวยังทำหน้าที่คอยสังเกตอาการของผู้ป่วย คอยช่วยเหลือด้านการรักษา และคอยช่วยจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย[3] ผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่จะต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาและต่อเนื่องทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ช่วยจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย คอยสังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยและดูแลให้รับประทานยา[4] จากการศึกษา Vasudeva et al[5] พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การใช้ชีวิตประจำวัน การได้รับสิ่งสนับสนุนจากภายนอก และสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน สอดคล้องกับ ธิติพันธ์ ธานีรัตน์และคณะ[6] พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชจะมีความชุกภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลร้อยละ 15.7 และ 28.3 ตามลำดับ โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ดูแลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงการให้ความรู้และเสริมทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านสังคม มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ดูแล ทัศนคติ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาระทางเศรษฐกิจและสังคม การเงิน ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทต่อไปอีกด้วย[7] ในต่างประเทศพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแลพบว่า ครอบครัวที่มีรายได้น้อย เพศ ระดับการศึกษา จะเป็นปัจจัยทำนายการเกิดความเครียดของผู้ดูแลในชนบท[8]

สำหรับในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างมีน้อย งานวิจัยมุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ยังขาดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยเฉพาะในผู้ดูแล หรือครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ลดอาการกำเริบ ลดการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งในบริบทของชุมชนในเมืองหลวงยังพบมีชุมชนแออัด มีประชากรแฝงในพื้นที่ ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ประชากรในชุมชนให้ความสำคัญกับการทำงานหาเงินเลี้ยงชีพ ขาดการเอาใจใส่สุขภาพ อีกทั้งยังขาดการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว ซึ่งมีผลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย พื้นที่เขตธนบุรี ภาษีเจริญ และบางแค เป็นพื้นที่ใกล้มหาวิทยาลัยสยาม ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้ลงพื้นที่จัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตใน

ชุมชนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นชุมชนที่ให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้นกับชุมชนระดับหนึ่ง และจากการลงพื้นที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี บางรายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและจำหน่ายจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ บางรายไม่ได้รับการรักษาเพราะผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในพื้นที่ดังกล่าว อีกทั้งยังคาดหวังว่าองค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์กับผู้ดูแล จัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับคนในชุมชน และขยายผลสู่ชุมชนอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ที่ศึกษาจากศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 93 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2561

ตัวแปรต้น ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคลผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล

2. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

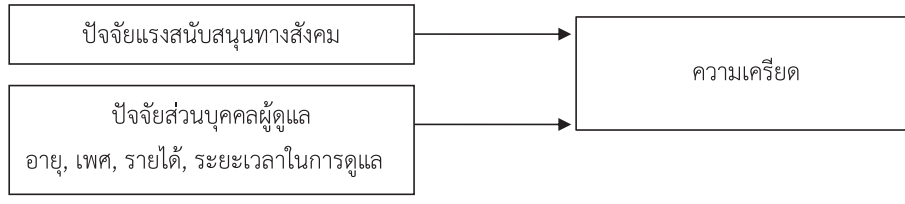
ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กำหนดประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลผู้ป่วย ไม่ได้รับค่าดูแลใด ๆ จากผู้ป่วยหรือครอบครัว และอยู่ในเขตพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตภาษีเจริญ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่จำกัดช่วงอายุและเพศ ในชุมชนเขตภาษีเจริญ และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยและยินดีลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพราะเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพไว้กับกลุ่มเป้าหมายเบื้องต้นเป็นพื้นที่ในเครือข่ายในแหล่งฝึกปฏิบัติของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อเนื่องมามากกว่า 3 ปี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า และต้องอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลว่าไม่มีผลต่อการรักษา หรือสิทธิอื่น ๆ แต่อย่างใด

กรอบแนวคิดการวิจัย



จำนวนอาสาสมัคร หรือขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ที่ศึกษาจากศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตภาษีเจริญ ช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2561 มีผู้ดูแลทั้งหมด 120 คน ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 93 คนได้ลงพื้นที่ในเขตพื้นที่เขตภาษีเจริญ เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ 93 คน ผู้ดูแลไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 27 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane) เป็นตารางที่ใช้หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร โดยคาดว่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 และระดับความเชื่อมั่น 95% โดยคัดจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 4 ศูนย์ ศูนย์ละ 25 คน มีระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 93 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2. แบบสอบถามวัดความเครียดสวนปรุง (SPST 20) ที่สร้างขึ้นโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา[9] สร้างขึ้นจากแนวคิดของมิลเลอร์สมิธ และโรสเทน Miller, et al[10] ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับมีค่าความเชื่อมั่น .81 แปลค่าดังนี้ คะแนน 0-23 ระดับน้อย, คะแนน 24-41 ระดับปานกลาง, คะแนน 42-61 ระดับสูง, 62 คะแนนขึ้นไป ระดับรุนแรง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.85

3. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Khanittha[11] โดยพัฒนามาจากแนวคิดของ House[12] วัดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและการประเมินค่า และด้านการสนับสนุนทรัพยากรประกอบด้วยคำถาม จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น .92 แปลค่าโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 ระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 ระดับน้อย นำมาปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับงานวิจัยชิ้นนี้ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจน และความเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ส่วนแบบสอบถามวัดความเครียดสวนปรุง (SPST 20) และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ทั้งหมดโดยไม่ได้มีการดัดแปลงผู้วิจัยจึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) Cronbach, 1990

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ หมายเลขจริยธรรมการวิจัย คือ E004h/61

2. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษากับอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่ธนบุรี บางแค ภาษีเจริญ ซึ่งเป็นเขตที่อาสาสมัครให้ความร่วมมือในการวิจัย และดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มที่อาสาสมัคร การบันทึกข้อมูลในการวิจัยจะถูกบันทึกในชุดแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ใส่รหัสของแบบสอบถามไว้ และจะดำเนินการตามหลักจริยธรรมการ

วิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล โดยแสดงถึงความเคารพในบุคคล คือ เคารพในศักดิ์ศรี สิทธิและความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร จะรักษาความลับของอาสาสมัคร ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่จะวิเคราะห์ในภาพรวมของเขตชุมชนเขตภาษีเจริญอีกทั้งยังยึดหลักความเป็นธรรมในการเลือกอาสาสมัครโดยไม่มีอคติ

3. ในแบบบันทึกข้อมูลไม่ระบุชื่ออาสาสมัคร ได้ระบุเป็นเลขรหัส เพื่อป้องกันการสืบค้นไปสู่อาสาสมัครได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อไปพบกับบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนที่มีส่วนสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย อาสาสมัครในชุมชน พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่เขตภาษีเจริญ ประชาสัมพันธ์โครงการชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและเปิดรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

2. ลงพื้นที่ในชุมชน เขตภาษีเจริญ สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ ชี้แจงโครงการ และการรักษาความลับของอาสาสมัครและครอบครัว และลงนามในการเข้าร่วมโครงการในแต่ละเขตพื้นที่ นัดเวลาที่อาสาสมัครสะดวกในการให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ เขตภาษีเจริญ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามทำการเก็บข้อมูลที่บ้าน ผู้วิจัยอธิบายการตอบคำถามแก่อาสาสมัครโดยละเอียด การเก็บข้อมูลใช้เวลาโดยประมาณ 30 นาทีต่อผู้ดูแล 1 คน จนครบทุกเขตพื้นที่

4. นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากอาสาสมัครไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลนำมาวิเคราะห์โดยการ แจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละ

2. ข้อมูลความเครียดและระดับความเครียดของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสหสัมพันธ์เปียร์สัน

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความเครียด รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83 เพศชาย ร้อยละ 16 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 45.7 มีอายุมากกว่า 60 คิดเป็นร้อยละ 44.7 มีรายได้ในครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.3 ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับความเครียด พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.6 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.3 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.6

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.47, SD = 2.37 ตามลำดับ) และได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากรอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.27, SD = 2.22 ตามลำดับ)

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

จากตารางที่ 5 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแล (r = -0.347, -0.320 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง กรณีศึกษา : เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร (n= 93)

ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	78	83.00
ชาย	15	16.00
อายุ (ปี)		
21-30	3	3.20
31-40	7	7.40
41-50	22	23.40
51-60	19	20.20
> 60	42	44.70
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 10,000	51	54.30
10,000 - 15,000	21	22.30
15,001-20,000	14	14.90
> 20,000	7	7.40
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
< 5	16	17.00
6-10	19	20.20
11-15	10	10.60
16-20	8	8.50
>20	40	42.60

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับความเครียด (n = 93)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	10	10.60
ปานกลาง	56	59.60
สูง	21	22.30
รุนแรง	6	6.41

$\bar{X}$ = 30.10, SD. = 18.80

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 93)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์	2.27	0.55	น้อย
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.47	0.52	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า	2.37	0.51	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	2.22	0.59	น้อย

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านผู้ดูแล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	0.149	.154
เพศ	- 0.101	.337
รายได้	- 0.061	.560
ระยะเวลาในการดูแล	0.138	.187

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value
การสนับสนุนด้านอารมณ์	-0.347	.001*
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	-0.037	.727
การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า	-0.320	.002*
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	-0.074	.483

*p< .05

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 44.70) มีรายได้ในครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 54.30) และดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 42.60)

ส่วนที่ 2 ความเครียด และระดับความเครียดของผู้ดูแล

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ พบว่า มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.60 ($\bar{X}$ = 30.11, SD = 18.80)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ

ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}$ = 2.47, SD 0.52) และด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ($\bar{X}$ = 2.37, SD 0.51) อยู่ในระดับปานกลางการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{X}$ = 2.27, SD 0.55) และ การสนับสนุนด้านทรัพยากร ($\bar{X}$ = 2.22, SD 0.59) อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ทั้งในด้านอายุ เพศ รายได้ และระยะเวลาในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์

กับความเครียดของผู้ดูแล

2. แรงสนันสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (r = -0.347, p = -0.320 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนกับความเครียด พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด (r = 0.037, p = 0.727) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากบริบทของพื้นที่ในชุมชนเมือง มีการแข่งขันสูง ผู้ดูแลจำเป็นต้องหาเลี้ยงชีพและต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปพร้อม ๆ กัน ส่งผลให้เกิดภาระของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อระดับความเครียด ซึ่งสัมพันธ์กับงานวิจัยของ Mayuree[13] ที่ศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ Tasana[14] ที่ทำการศึกษาระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย เนื่องจากพื้นที่ต่างจังหวัดมีบริบทที่แตกต่างกับในเขตกรุงเทพมหานครในด้านวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ ความผูกพันในครอบครัว ระบบเครือญาติ ความเป็นอยู่ที่มีการแข่งขันต่ำ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมืองกรณีศึกษา เขตภาษีเจริญ บางแค

2.1 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ทั้งในด้านอายุ เพศ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pawinee และคณะ[15] พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแล อาจเป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกว่า 20 ปี ทำให้ปัจจัยเหล่านี้ไม่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (r = -0.347, - 0.320 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อภิปรายได้ดังนี้

การให้แรงสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับช่วงระยะเวลา และยังขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ความวิตกกังวลความเครียดความสิ้นหวัง (hopelessness) และความรู้สึกซึมเศร้าได้ ซึ่งแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์การแสดงความรู้สึกเป็นห่วงและการเสนอความช่วยเหลือและกระตุ้นให้กำลังใจนอกจากนี้ยังรวมถึงการเบี่ยงเบนความสนใจส่วนการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น มองเห็นคุณค่าในตนเอง[11] ซึ่งการแสดงออกถึงความห่วงใย พึ่งพาซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ สามารถแก้ปัญหา และมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผลักดันให้ผู้ดูแลสามารถดูผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมั่นใจ และสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลได้[16] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าการที่ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

References

1. Kanang S. Caregiver Participation in Caring for Schizophrenic Patients at Home. [Independent Study]. The Graduate School, Songkla University; 2007 (in Thai).
2. Ravi S, Goud BR, Archana M, Pius TM, Pal A, John V., et al. Burden among caregivers of mentally-ill patients: a rural community – based study community medicine. Int J Res Dev Health 2013;1; 29–34.
3. Kanya S, Ratchaneekorn U. Selected factors related to burnout in caregivers of persons with schizophrenia in community. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18:308-14. (in Thai).
4. Usa K. Relationships between personal factors, burden, and mental health in caregivers of patients with schizophrenia. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2012; 26(3):4-17. (in Thai).
5. Vasudeva S, Sekhar CK., Rao PG. Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: a sectional study. Indian Journal Psychological Medicine 2013;35(4):352-57
6. Thitiphan T, Yauwalux P, Tuntima D, Uboonrat T, Piyanoot K. Prevalence of Depression, Anxiety, and Associated Factors in Caregivers of Geriatric Psychiatric Patients. Journal Psychiatric Association of Thailand 2016;61(4):319-30. (in Thai).
7. Suntreeporn T. Schizophrenia Care in a Sustainable Thai Society Context. Journal of Nursing Division 2015;42(3):1-10. (in Thai).
8. Yu Y, Liu Z, Tang B, Zhao M, Liu X, Xiao S. Reported family burden of schizophrenia Patients in rural China. Journal published by the Public Library of Science 2017;1-18.
9. Suwat M, Wanida P, Pimmas S. The construction of Suan Prung stress test for Thai population. Journal of Suan Prug Psychiatric Hospital 1997;13(3):1-20 (in Thai).
10. Miller BF, Keane CB. Encyclopeddia and Dictionary of Medicine and Nursing. Philadephia: W.B. sunders; 1972.
11. Khanittha H. Comparative Study on Social Support of Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders and Caregivers of Typical Development Children in Songklanagarind hospital. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts in Human and Social Development Prince of Songkla University; 2013. (in Thai).
12. House JS. Work Stress and Social Support. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1981.
13. Mayuree T. Stress and Coping Behavior of Caregivers of Schizophrenia Patients Srithanya Hospital in Nonthaburi Province. [Master of Science]. Kasetsart University; 2009. (in Thai).
14. Tasana W. Stress of Relatives Who Caring Patients with Psychiatric Disorders at Nakornpanom Rajchanakarin Psychiatric Hospital. [An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts Program in Criminal Justice Administration Department of Social Administration]. Thammasat University; 2010. (in Thai).
15. Pawinee P, Noppawan P, Somnuk S. Factors related to stress of family caregivers of patients with stroke at home. Ramathibodi Nursing Journal 2014;20(1):82-96. (in Thai).

16. Burachat K, Karuntharat B. Relationship between self-efficacy and social support on coping with stress and coping with stress behaviors of nurses working in Pramongkutklao hospital. Journal of Health Science Research 2016;10(2):1-10.
17. Jalowiec, A. Confirmatory Factor Analysis of the Jalowiec Coping Scale.In C. F. Waltz, & O. L. New York: Springer; 1988. p. 287-308.
18. Keeratiya T. Stress and coping of elderly caregivers of psychiatric disorders. Assessment documents for appointment Specialist position (Doctor of Preventive Medicine). Department of Disease Control Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
19. Hana N, Kritaya S. The Relationship between Burden of Care and Coping Strategies among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Journal of Nursing Science and Health. 2015; 38(3):75-85. (in Thai).