



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน¹
THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT EMPHASIZING COMMUNITY
PARTICIPATION PROGRAM ON BURDEN OF COMMUNITY SCHIZOPHRENIC
PATIENTS' CAREGIVERS

จรัสพร หอมจันทร์²

Jarasporn Homjandee

¹วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of thesis, Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: jaras00@hotmail.com

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์³

Pennapa Dangdomyouth

Received: August 1, 2017

Revised: November 27, 2019

Accepted: December 24, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน 2) ทีมชุมชนซึ่งเข้าร่วมในกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โปรแกรมมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.80, p = .00$) และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.74, p = .00$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน, ภาระการดูแล, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Abstract

The purposes of this quasi experimental research were to compare the burden of schizophrenic patients' caregivers before and after receiving the social support emphasizing community participation program and the burden of schizophrenic patients' caregivers who received the program and those who received regular nursing care. Research samples consisted of 1) Forty caregivers of schizophrenic patients living in the community, who met the inclusion criteria. The caregivers were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group, twenty subjects in each group. 2) The community team were involved in the experimental group. Research instruments were the social support emphasizing community participation program and the caregiver burden scale. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. Content validity index equal to one and the reliability of the caregiver burden scale was reported by Cronbach's alpha coefficient as .89. Data were analyzed using mean, standard deviation and t-test.

Major findings were as follows: The burden of schizophrenic patients' caregivers after received the program was significantly lower than that before, at .05 level ($t = 8.80, p = .00$) and the burden of schizophrenic patients' caregivers who received the program was significantly lower than those who received regular nursing care, at .05 level ($t = -5.74, p = .00$).

The research results indicate that the social support emphasizing community participation program can decrease burden of schizophrenic patients' caregivers. Both subjective burden and objective burden decreased.

Keywords : social support emphasizing community participation program, burden, caregivers of schizophrenic patients in community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญและพบมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคทางจิตทั้งหมด (Buchanan & Carpenter, 2005) อุบัติการณ์ประมาณ 3 ใน 10,000 คน (World Health Organization, 2013) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทเป็นลำดับที่หนึ่งในจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555 - 2557 ร้อยละ 36.12, 35.01 และ 38.67 (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2015) จัดว่าเป็นโรคจิตเวชที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชทั้งหมด ผู้ป่วยจะเกิดความผิดปกติของความคิด การรับรู้ รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (Ruangtrakool, 2014)

ปัจจุบันนโยบายกรมสุขภาพจิตสนับสนุนการมีส่วนร่วมและการทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชนมากขึ้น (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2017) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญ แต่ด้วยลักษณะการดูแลที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับหน้าที่การงานและ

บทบาทอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมของผู้ดูแล มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความรู้สึกโกรธ เกิดภาวะซึมเศร้า และรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสร้างความเบื่อหน่ายให้กับผู้ดูแลไม่มีใครต้องการจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery, 1985; Thanikkul & Dangdomyouth, 2012)

ภาระการดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ และภาระเชิงปรนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การงาน การเกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery et al., 1985)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง เช่น ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต รองลงมาคือ มีความรู้สึกสูญเสีย มีความยากลำบากในการพักผ่อน ต้องละทิ้งการทำงานอดิเรก และมีความยากลำบากในการหาความบันเทิงความเพลิดเพลินที่บ้าน (Magliano et al., 2005) และผู้ดูแลจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก (Sukthong et al., 2012)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยให้สามารถปรับตัวต่อความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยมีการศึกษาพบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในระดับสูง (Dyck et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันทำให้บุคคลเกิด

ความรู้สึกมั่นคง รับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการมีโอกาสดำเนินช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Meesri & Dangdomyouth, 2012)

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1985) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมในทางที่ผู้ให้ต้องการ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการประเมินศักยภาพตนเอง รู้จักนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการยกย่องเห็นคุณค่า ให้กำลังใจ สอบถาม รับฟังความรู้สึก การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการ จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Seangdao et al., 2012) เนื่องจากกระบวนการของกลุ่มช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอจนส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยลดลงได้ (Chien & Norman, 2009; Yeh et al., 2008)

นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รูปแบบกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลและฟื้นฟูให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพ ช่วยลดภาระในการดูแลลงได้ (Chantha, Klangkarn, & Howharn, 2011)

การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างจริงจังและจริงใจร่วมกัน แก้ไขปัญหาหรือการร่วมรับผิดชอบในสังคม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นการช่วยลดปัญหาการกลับป่วยซ้ำ ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเป็นการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน (Damrak, Wangthong, & Wangthong, 2014)

อีกทั้ง การมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) ที่หมายถึงสมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลและการมีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน จะช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลและช่วยให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Damrak et al., 2014)

อย่างไรก็ตาม แม้จะการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้านแล้ว (Seangdao et al., 2012) แต่ยังไม่พบว่า มีการศึกษาที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนมาใช้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและทีมชุมชนได้ร่วมกันหาแนวทางเพิ่มการบริการที่มีประสิทธิภาพ เป็นการร่วมกันแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เหมาะสม โดยไม่ได้เพิ่มภาระให้ทีมชุมชน อันจะส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์วิจัย

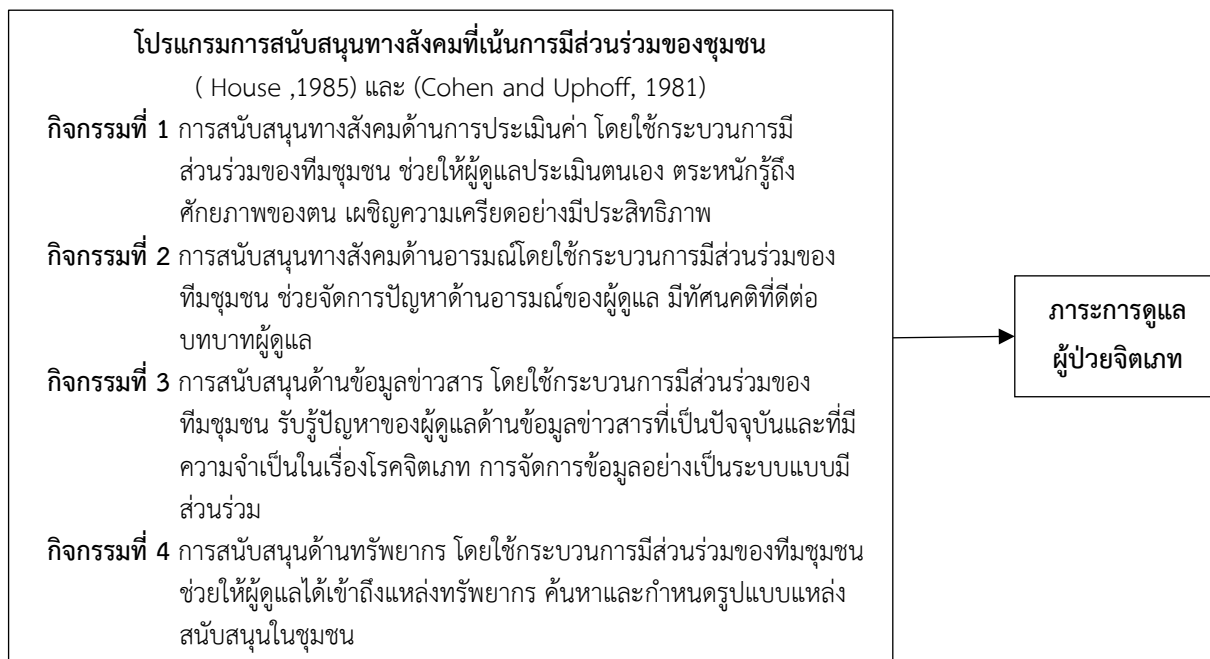
1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการบูรณาการกระบวนการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของ House (1985) โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) มาร่วมในทุกกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การแบ่งปันผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ตามบริบทของชุมชน ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและลดภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนดีกว่าได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและทีมงานชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี

ตัวอย่าง คือ 1) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตาม ICD10 ในชุมชนเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน และ 2) ทีมชุมชนเข้าร่วมในกลุ่มทดลอง จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทคนเดียวคนเดียวที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตาม ICD10 และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มีอายุตั้งแต่ 20 - 65 ปี ทั้งหญิงและชาย สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ มีคะแนนการดูแลอยู่ในระดับ

ปานกลางขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2) ทีมชุมชน จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน

คัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 40 คน และควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อการทดลอง คือ ระยะเวลาในการดูแลและความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว (Montgomery, 1985) ด้วยวิธีการจับคู่ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ House (1985) ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff

(1981) ใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยผสมผสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้กิจกรรมในโปรแกรมสามารถนำไปการแก้ปัญหาและลดภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทีมชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดภาระในการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่ประกอบด้วยการวัด 2 ประเภท ได้แก่ เชิงปรนัย ที่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต และเชิงอัตนัย ที่เป็นการสัมผัสความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ House (1981) เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เลขที่ 017-2560 โดย

ตัวอย่างได้อ่านเอกสารการเข้าร่วมวิจัย การชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และขั้นตอนของการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยได้ให้ตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ดำเนินการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย ประสานขอความร่วมมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมสถานที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง เตรียมตัวอย่างวิจัยตามขั้นตอนและเกณฑ์ที่กำหนด

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมในโปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น สามารถนำทรัพยากรที่มีในชุมชนมาช่วยในการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมมีทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำติดต่อกัน 4 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมในแต่ละครั้งผู้วิจัยให้การสนับสนุนเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนช่วยให้ผู้ดูแลประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตน วางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลให้เผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนช่วยเหลือจัดการปัญหาด้านอารมณ์ของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแล กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ใช้กระบวนการ

มีส่วนร่วมของทีมชุมชน จัดการปัญหาของผู้ดูแลด้านข้อมูลข่าวสารโรคจิตเภท วางแผนจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบแบบมีส่วนร่วม และกิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชน ช่วยเหลือผู้ดูแลให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร และร่วมกำหนดรูปแบบแหล่งสนับสนุนในชุมชน สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้บริการจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านโป่ง

3. ขึ้นประเมินผล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันทั้งสองครั้ง คือ ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (pre-test) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (post-test) (Seangdao et al., 2012) และผู้วิจัยทำการกำกับกับการทดลองด้วยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ และ

2) เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบที (t-test) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 62.5) อายุระหว่าง 41 - 45 ปี (ร้อยละ 37.5) ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 45) ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 40) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะน้อง (ร้อยละ 22.5)

2. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.80$, $p = .00$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ($n = 20$)

ภาวะการดูแลผู้ป่วย	คะแนน		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>			
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.45	.23	8.80	19	.00
หลังการทดลอง	2.70	.33			
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.40	.24	5.90	19	.00
หลังการทดลอง	2.63	.36			
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	3.50	.31	7.74	19	.00
หลังการทดลอง	2.76	.40			

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ การการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้น การมีส่วนร่วมของชุมชนและกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ พบว่าหลังการทดลอง คะแนนการการดูแลทั้งในเชิงอัตนัยและปรนัย

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.75, p = .00$ และ $t = -4.46, p = .00$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยของการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ ($n = 40$)

ภาระในการดูแลผู้ป่วย	คะแนน							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ภาระโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.45	.23	2.19	.00	2.70	.33	-5.74	.00
กลุ่มควบคุม	3.26	.30			3.23	.26		
ภาระเชิงอัตนัย								
กลุ่มทดลอง	3.40	.24	2.04	.00	2.63	.36	-5.75	.00
กลุ่มควบคุม	3.22	.32			3.21	.27		
ภาระเชิงปรนัย								
กลุ่มทดลอง	3.50	.31	1.81	.00	2.76	.40	-4.46	.00
กลุ่มควบคุม	3.31	.36			3.26	.30		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($t = 8.80, p = .00$) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรม ต่าง ๆ ในโปรแกรมมีเนื้อหาที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน นอกจากนี้ การใช้กระบวนการที่นำทีมชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม ทีมชุมชนและ ผู้วิจัยมีการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จึง ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผย ความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ ของตนที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วย เป็นการสนับสนุนทางสังคม

ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ส่งเสริมให้มี ทักษะที่ดีความคิดเชิงบวกต่อบทบาทผู้ดูแล ซึ่งการที่บุคคลรู้จักปรับความคิด มีทัศนคติและ มุมมองในแง่บวก จะทำให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพ กายและสุขภาพจิตที่ดี มีอารมณ์ผ่อนคลาย สามารถ เผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Pinchaleaw, 2016) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การที่ ญาติมีความรู้ มีทักษะในการดูแลอย่างเหมาะสม ต้องเกิดจากการที่ญาติและชุมชนยอมรับใน ตัวผู้ป่วย รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Chantha et al., 2011) การส่งเสริมการมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและได้เป็นส่วนหนึ่งของ ทีมสุขภาพ ทำให้ได้แนวทางการดูแลแบบเป็น ระบบเครือข่าย เป็นการพัฒนาระบบสนับสนุนทาง

สังคม ลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Sukkhea, 2000; Thompson et al., 1993) การให้ครอบครัวและทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับการรักษาผู้ป่วย เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงให้ผู้ป่วยในครอบครัวได้กลายเป็นหุ้นส่วนในการบริการร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพจิต (Uthis, 2012) จนส่งผลให้การรับรู้ภาระทั้งในเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยลดน้อยลง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาระทั้งเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

2. คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.74$, $p = .00$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า กระบวนการกลุ่มของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ เพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมและจำเป็นต้องมีทีมชุมชนเข้ามาร่วมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง เผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์ สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะส่งผลให้การรับรู้ภาระทั้งอัตนัยและเชิงปรนัยลดลงได้ (Chien & Norman, 2009) และด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ย่อมเป็นการช่วยเพิ่มสมรรถนะผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย เพราะการให้ชุมชนระดับท้องถิ่น

เข้ามามีส่วนร่วมเป็นการตอบสนองของสังคมที่มีผลต่อการบริการการดูแลทางด้านสุขภาพจิต (Uthis, 2012) เมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะเกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนจึงมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Damrak et al., 2014) และแม้ว่ากลุ่มควบคุมจะมีค่าคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง แต่ไม่มากพอที่จะทำให้ภาพรวมของภาระการดูแลมีการเปลี่ยนแปลง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่การให้บริการจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วย และครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวิธีการใช้ยาจิตเวช การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม วิธีการคลายเครียด รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ซึ่งการให้คำแนะนำเป็นไปตามปัญหาที่ผู้ป่วยเล่าข้อมูลและอาจมีรูปแบบไม่ชัดเจน ไม่มีการทำกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลรวมทั้งกิจกรรมอื่น ๆ เหมือนกับในกลุ่มทดลอง ภาระการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมจึงไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ เพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากทีมชุมชนให้สามารถประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพตน จัดการปัญหาด้านอารมณ์ ได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความจำเป็นในเรื่องโรคจิตเภท และเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน จึงจะสามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีทักษะในการให้คำปรึกษา ทักษะการแก้ปัญหา และความสามารถประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้

2. ควรนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยปรับรูปแบบและระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน หรือนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น รวมทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

3. ควรสอดแทรกความรู้ดังกล่าวในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้และพัฒนาศักยภาพในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้รูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชดียิ่งขึ้น

4. ควรติดตามศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเดิม และพัฒนาโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามผลระยะยาวทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีกำลังใจ ชุมชนยอมรับและเข้าใจทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย หรือเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดจนเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชรายใหม่ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

Buchanan, R. W., & Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock, & V. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (8th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.

- Chantha. M., Klangkarn, S., & Howharn, CH. (2011). A Participatory model of behavioral health promotion for people with physical disabilities in Nuangbuor subdistrict, Sriphoraphum district, Surin province. *Primary Health care Division Journal*, 7(1).
- Chien, W. T., & Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review. *International journal of Nursing Studies*, 44(12), 1604-1623.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measure for project design implementation and evaluation*. New York, NY: Cornell University Press.
- Damrak, P., Wangthong, A., & Wangthong, A. (2014). The community participation in caring of complex chronic schizophrenic patients in Nongjok prefecture, Pattani province. *Journal of the Association of Researchers*, 19(2), 92-103.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2015). *Annual report in 2015*. Nonthaburi: Division of Mental Health Department Plan.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2017). *Strategic plan*. Nonthaburi: Bureau of Mental Health Strategy, Department of Mental Health.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 61(4), 411-419.
- House, S., & Robert, L. K. (1985) Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). New York, NY: Academic Press.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Rosa, C. De., & Malangone, C. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia Vs physical disorders. *Social Science and Medicine*, 61(2), 313-322.
- Meesri, G., & Dangdomyouth, P. (2012). Selected factors related to capabilities among caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(1), 35-49.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). *Caregiving and experience of subjective and objective burden*. *Family Relations*, 34(4), 19-26.

- Pinchaleaw, D. (2016). Mental health promotion with positive thinking. *Journal of The Police Nurses*, 8(2), 223-230.
- Ruangtrakool, S. (2014). *Textbook of psychiatry*. Ruenkaew Printing, Bangkok.
- Seangdao, S., Uthis, P., & Kertchok, R. (2012). The effect of social support group program on burden of caregivers of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 97-111.
- Sukkhea, T. (2000). *Social support on the burden of schizophrenic caregivers*. Chiang Mai: Chiang Mai University, Graduate School.
- Sukthong, K., Uthis, P., & Kertchok, R. (2012). Effects of family group psychoeducation on burden and high expressed emotion in caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 15-27.
- Thanikkul, B., & Dangdomyouth, P. (2012). The effect of self-help-group and empowerment on burden of caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(2), 74-86.
- Thompson, E. H., Futterman, A. M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J. M., & Lovett, S. B. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journal of Gerontology*, 48(5), 245-254.
- Uthis, P. (2012). *Mental health and mental health direction advanced medical education in the community*. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/mentalhealth/management/schizophrenia/en/>