

การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Coping and Adaptation of Family Caregivers with Schizophrenia Patients

อนันต์ตรี สมิทธิฐานเศรษฐ์

Anantree Smithnaraseth

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

Faculty of Nursing, Eastern Asia University

บทคัดย่อ

ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการดูแลระยะยาวในบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตที่เรียกว่า โรคจิตเภท (schizophrenia disorder) นับได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญมาโดยตลอด พบมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในหลาย ๆ ประเทศ รวมถึงประเทศไทยด้วย ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม การตัดสินใจ และความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และญาติผู้ดูแล เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิตย่อมก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อระบบหรือโครงสร้างของครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว รวมไปถึงส่งผลกระทบต่อฐานะทางสังคมที่สูงขึ้นและเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและหลงผิดตามมา และในระยะต่อไปนั้นครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลอาจเริ่มทอดทิ้งผู้ป่วยให้เป็นภาระของโรงพยาบาลหรือสังคมในที่สุด ซึ่งกระบวนการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลนั้นมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัวหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หากญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการทำหน้าที่ภายในครอบครัวที่เหมาะสม มีการให้ความหมายหรือมีมุมมองเชิงบวกต่อการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวและมีความเข้มแข็งภายในครอบครัวสูง ย่อมส่งผลการเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ครอบครัวญาติผู้ดูแล, การปรับตัว, วิธีการเผชิญปัญหา, โรคจิตเภท

Abstract

Family caregiver is the important role of long-term caring person with chronic disease especially, schizophrenia patient. Schizophrenia is a severe and chronic mental disorder that is the first ranking between others and afflicts individuals worldwide including Thailand. Schizophrenia is characterized by impairment in cognitive, perception, mood state, judgment and significant impact on the patient's global functionality. Schizophrenia is stressful in adaptation not only for the patients, but also for family members. Numerous studies have demonstrated that family caregivers of persons with schizophrenia suffer from significant stress, impact to family systems or structure, family interaction and experience moderately high levels of burden. Moreover, family members couldn't understanding, adaptating and coping with the problems, are an enduring stress and leads to considering amount of

burden and negative caring behavior. Eventually, they may discard patient as the burden of hospital and society. However, coping and adaptation of family caregivers with schizophrenia patients was difference and various which decided by the context and circumstance. Therefore, family caregivers perceived their role or functioning, giving positive appraisal or positive aspect toward illness and hardiness of caregiving which certainly appropriately coping and adaptation for family caregivers with schizophrenia patients.

Keywords: family members, adaptation, coping strategies, schizophrenia



บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia disorder) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและนับได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขมาโดยตลอด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมการตัดสินใจและความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม โดยพบอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 1-1.15 ในกลุ่มประชากรทั่วไป (Phanthunane, et al., 2010; Lortragul & Sukanit, 2012) และอุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภทกว่า 20 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คนในประชากรวัยผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2016) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย จากรายงานในปี 2557 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia disorder) จำนวน 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด รองลงมาพบโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (mood disorders) จำนวน 160,536 รายและโรคประสาท อาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด (neurotic, stress related and somatoform disorders) จำนวน 112,270 ราย ตามลำดับ และปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ อันมาจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคม เทคโนโลยีต่าง ๆ มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของบุคคล ครอบครัว และถ้ามีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชย่อมส่งผลกระทบต่อระบบโครงสร้าง สัมพันธภาพและภาระของครอบครัว ซึ่งถ้า

สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจและปรับตัวไม่ได้ จะก่อให้เกิดความเครียดในการดูแล และในระยะต่อ ๆ ไปนั้นครอบครัวเริ่มทอดทิ้งผู้ป่วยให้เป็นภาระของโรงพยาบาลในที่สุด (Hemarut, Suttineam & Kongkham, 2012)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของตนเองลดน้อยลงในทุก ๆ ด้านของชีวิตหรือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ควรได้ ตั้งแต่การดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพ การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัวและผู้อื่น การเรียน การทำงาน การอยู่ร่วมกับคนในสังคมและการดำเนินชีวิตในสังคม ซึ่งลักษณะความพิการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการดูแลตนเอง การแต่งกาย สวมเสื้อผ้าอาบน้ำ การรักษาความสะอาดของร่างกายและการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง รวมถึงทักษะการสื่อสาร (Janardhana, et al., 2015) นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อนหรือรู้สึกลำบากใจในการแก้ไขปัญหาเช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น การไม่ยอมรับการรักษาหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่รบกวนครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยและถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช ได้แก่ การพุดจาหรือคำหยาบคาย เอะอะโวยวายเสียงดัง ทูบทำลายข้าวของและการข่มขู่ที่จะทำร้ายครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล เป็นต้น (Thongtup & Sawangchareon, 2013)

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้มีการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจาก

ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น โดยได้มุ่งเน้นให้มีระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สั้นลง ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง (Hassan, et al., 2011) และผู้ป่วยโรคจิตเภทก็เช่นเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บางรายพบว่ายังคงมีอาการหลงเหลืออยู่เมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (Kamal, 2013) ส่งผลทำให้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบโดยตรง และทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ตนปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นภาระแก่ตน (Hassan et al., 2011; Kamal, 2013; Kanungpiarn, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ภาระแก่ตนที่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลรับรู้มีทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษา ด้านความเชื่อและค่านิยม ด้านอารมณ์รุนแรงของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลต่อผู้ป่วย ด้านความเครียด ด้านความคิดหมกหมุ่นและแสวงหาหนทางในการช่วยเหลือ ด้านลักษณะหรือบทบาทของผู้ดูแล ด้านการรับรู้ตราบาป ด้านการสนับสนุนจากสังคม ด้านค่าใช้จ่ายและด้านการเผชิญปัญหา (Caqueo-Urizar, et al., 2014; Hassan, et al., 2011) หรือแบ่งได้ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยจากครอบครัวหรือผู้ดูแล ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Imas Rafiyah & Sutharangsee, 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ของครอบครัวหรือผู้ดูแลว่าเป็นภาระแก่ตนนั้นยังทำให้คุณภาพชีวิตของครอบครัว ญาติหรือผู้ดูแลโดยรวมแย่ลง (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado & Miranda-Castillo, 2009; Kate, et al., 2013b) ซึ่งการรับรู้เป็นภาระนี้ ซาริท (Sefasi, et al., 2008) กล่าวว่า ความรู้สึกเป็นภาระนี้เป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเองเกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต่อการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อันเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เมื่อครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลได้รับการกระตุ้นเรื้อรังก็อาจจะส่งผลทำให้เกิดความตึงเครียดด้านจิตใจ (psychological distress) ส่งผลกระทบทางด้านลบ (negative effect) ทั้งด้านร่างกาย (caregivers' health) จิตใจ (psychosocial well-being)

สังคม (social life) และเศรษฐกิจ (finances) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวอาจส่งผลต่อความเหนื่อยหน่าย (burnout) ซึ่งส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นั่นคือครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยต่ำลง ไปอีกด้วย (Glubvong, et al., 2009)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือและมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลาและต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นทั้งเรื่องการรับประทานยาซึ่งเป็นการรักษาที่สำคัญอย่างมากตลอดจนเรื่องกิจวัตรประจำวันหรือการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมรุนแรง อาละวาด ส่งผลให้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยหน่ายจนทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตดังที่กล่าวมาแล้ว ทำให้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการปรับตัวและเผชิญต่อพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นทั้งพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยการลองผิดลองถูก ในขณะที่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลบางคนแก้ปัญหาโดยการยอมรับในสถานการณ์หรือการปลอบใจตนเอง รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงจากปัญหาเป็นต้น (Hassan, et al., 2011; Kanungpiarn, 2013) ทั้งยังส่งผลต่อทัศนคติของสังคมที่มีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตไปในทางลบ โดยพบว่าสังคมรวมไปถึงครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเองรับรู้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้เกิดความท้อแท้ในการรักษา ไม่อยากอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในที่สุดและคิดว่าเป็นภารกิจที่ยาวนาน ต้องอาศัยความเข้มแข็ง ความอดทนอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเอง (Nukaew, 2003) กล่าวโดยสรุปได้ว่า ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่เพียงแต่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอยู่ตลอดทั้งอาการ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออก ยังส่งผลกระทบอย่างมากต่อความรู้สึก การรับรู้และความเข้มแข็งที่จะต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นบุคคลที่รักคนหนึ่ง ในครอบครัวยังจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป ดังนั้น จุดประสงค์ของบทความนี้คือ เพื่ออธิบายความหมายของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล

ผลกระทบและลักษณะการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ พร้อมทั้งแนวทางในการช่วยเหลือ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ประกอบด้วยบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความหมายของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล

“ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล” ที่กล่าวในที่นี้มาจาก ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในการเขียนบทความหรืองานวิจัย ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศคือ “family caregiver” หรือ “informal caregiver” ซึ่งหมายถึง คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยบุคคลดังกล่าวมักเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจ และไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจแบ่งประเภทของผู้ดูแลเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ (1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) เป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ ซึ่งอาจเป็น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) เป็นกลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมง ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจให้การดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางกรรมสิทธิ์หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น สอดคล้องกับ National Family Caregivers Association (2010) กล่าวถึงความหมายของผู้ดูแลแล้วมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของคนที่ให้คำจำกัดความ นอกจากนี้ความหมายของคำว่า “ญาติผู้ดูแล” ยังสามารถอธิบายได้ด้วยการแบ่งระดับของความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ได้แบ่งชนิดของญาติผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น และ (2) ผู้ดูแลเสริมหรือผู้ช่วยดูแล (secondary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เข้ามาให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในกรณีที่ให้การดูแลผู้ป่วย เช่น ช่วยยกตัวผู้ป่วยหรือช่วยขับรถพาผู้ป่วยไปพบ

แพทย์หรือดูแลแทนผู้ดูแลหลักในบางครั้งในกรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่ว่างหรือเจ็บป่วย เป็นต้น

สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลในครอบครัว โดยส่วนใหญ่นั้นเป็นเพศหญิงเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย และเป็นบิดามารดามากที่สุด รองลงมาคือคู่สมรสและอาศัยอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน และต้องรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ในครอบครัว (Hajebi, 2014; Hassan, et al., 2011; Kanungpiarn, 2013)

ผลกระทบจากการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการรุนแรงทุกราย จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (inpatient care) ซึ่งระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบันได้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น มุ่งเน้นให้มีระยะเวลาการบำบัดรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สั้นลงและเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง (Hassan, et al., 2011) ดังนั้นผู้ป่วยจะอยู่โรงพยาบาลในช่วงระยะสั้น ๆ เท่านั้น ซึ่งโดยเฉลี่ยประมาณ 14-30 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวหรือชุมชน และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากญาติผู้ดูแลในครอบครัว ส่งผลทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องรับผิดชอบโดยตรงและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ตนปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นภาระแก่ตน (Hassan, et al., 2011; Kamal, 2013; Kanungpiarn, 2013) และการที่ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่กับผู้ป่วยย่อมจะส่งผลต่อสุขภาพ รวมไปถึงการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับบทบาทของตนเองในชีวิตประจำวัน (Iseselo, Kajula & Yahya-Malima, 2016) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาแก่ญาติผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนทั้งคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอีกด้วย (Kate, et al., 2013b) ดังสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย (physical distress) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นสาเหตุที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย (Gupta & Sharma, 2013) และจากรายงานพบว่า 41% ของญาติผู้ดูแลรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี และประมาณ 19% ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่งผลให้ไม่มีเวลาส่วนตัวในการทำกิจกรรมประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนหรือสังคม รวมไปถึงการดูแลสุขภาพของตนเองในท้ายที่สุด (National Alliance on Mental Illness, 2008)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological distress) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่งผลต่อญาติผู้ดูแลอย่างมาก ทำให้ต้องปรับตัวหรือจิตใจให้คงทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความรู้สึกอับอายต่อการของของผู้ป่วย การที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Gupta & Sharma, 2013; Puasiri, et al., 2011) และการตอบสนองต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวร้อยละ 40.2 มีพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นด้านจิตใจอารมณ์ร้อยละ 39.2 ด้านการเงินและทรัพย์สินร้อยละ 24.5 ด้านร่างกายร้อยละ 17.7 และพฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเองร้อยละ 13.7 ตามลำดับ โดยลักษณะพฤติกรรมรุนแรงสูงสุดที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีต่อครอบครัว 3 ลำดับ ได้แก่ การดุด่า/ด่าทอด้วยคำหยาบคาย/ส่งเสียงดัง ร้อยละ 30.4, การเขย่าประตู/เปิดประตูเสียงดัง ร้อยละ 20.6 และการแข่ง/ด่าทอแสดงท่าทีจะทำร้าย ร้อยละ 19.6 (Thongtup & Sawangchreon, 2013) ซึ่งจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเหล่านี้ ยิ่งส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดสูง ก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูง และจะส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่ำลงในท้ายที่สุด (Nukaew, 2003; Klubwong, 2009)

นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลยังขาดการได้รับการสนับสนุนจากสังคม ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน คนในครอบครัวด้วยตนเอง สังคม รวมไปถึงการขาดการดูแลหรือสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ญาติผู้ดูแลมักถูกละเลยเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มุ่งความสนใจ

ไปที่ผู้ป่วยมากกว่า ญาติผู้ดูแลจึงไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร รวมทั้งไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ส่งผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลอีกด้วย (Hassan, et al., 2011; Iseselo, Kajula & Yahya-Malima, 2016; Pike, 2013; Tan, et al., 2012; Chimsuk & Dangdomyouth, 2014)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social and socioeconomic distress) เป็นผลจากการที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลผู้ป่วย เช่น การตามแก้ไขปัญหาก็ไม่สามารถคาดการณ์ได้รวัน การพาผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษารวมไปถึงการเจรจาต่อรองกับผู้เกี่ยวข้องในกรณีที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อคดี ทำให้ญาติผู้ดูแลขาดโอกาสในการทำงาน เป็นต้น (Gupta & Sharma, 2013; Iseselo, Kajula & Yahya-Malima, 2016)

ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม (stigma) ซึ่งการตีตราจากสังคมไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงผู้ป่วยจิตเวชยังรวมไปถึงญาติของผู้ป่วยจากรุ่นถึงรุ่น เช่น “ตระกูลนี้มีคนเป็นโรคจิต” จากการศึกษพบว่าญาติผู้ดูแลกล่าวถึงผู้คนรอบ ๆ ตัวว่ามีทัศนคติเชิงลบทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกผิดที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตภายในครอบครัว และคุณภาพชีวิตแย่ลง ส่งผลให้เกิดความห่างเหินและไม่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนอีกด้วย (Iseselo, Kajula & Yahya-Malima, 2016; Staring, et al., 2009)

โดยสรุป การเป็นครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น นับเป็นการดูแลผู้ป่วยที่เต็มไปด้วยกิจกรรมการดูแลมากมายและมีความหลากหลาย นอกเหนือจากการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันที่ญาติผู้ดูแลเคยรับรู้จากการเจ็บป่วยทางกาย แต่การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีความเฉพาะเจาะจงและละเอียดอ่อน บทบาทการดูแลนี้จึงเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นทั้งกะทันหันและเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจำเป็นต้องมีทัศนคติเชิงบวก มีความรู้และทักษะในการดูแลต่าง ๆ มากมาย จึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวกับสถานการณ์การดูแลต่าง ๆ ก่อนข้างมากและที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ซึ่งลักษณะการเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่เกิดขึ้นกับญาติ

ผู้ดูแลมีทั้งรูปแบบที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และยังส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

เมื่อครอบครัวรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวมีอาการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น กลไกการเผชิญปัญหาและการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ รวมไปถึงการดูแลต่าง ๆ ย่อมเกิดขึ้นและทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจเป็นการเผชิญปัญหา โดยการปรับตัวทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมเพราะไม่สามารถคาดการณ์ได้จากอาการทางจิตของผู้ป่วยเอง และผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องหรืออาจเรียกได้ว่าต้องดูแลตลอดเวลาทุกวันและ 24 ชั่วโมงก็ได้ ซึ่งกลไกการเผชิญปัญหาและการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในที่นี้หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลได้ปรับเปลี่ยนต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้เกิดความสมดุลตามกระบวนการปรับตัวเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมของการกระทำและความรู้สึกทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการหรือการคงไว้ซึ่งความสมดุลของสภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งลักษณะกระบวนการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลนั้นมีผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามมา (Kanungpiarn, 2013)

จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของธิดารัตน์ คณิงเพียร (Kanungpiarn, 2013) พบว่าญาติได้พยายามเผชิญปัญหา โดยการปรับตัวและพยายามใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อไปในภาวะที่มีขีดจำกัดของแต่ละครอบครัว ซึ่งลักษณะกระบวนการเผชิญปัญหาที่มีผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ภาวะสับสน การแสวงหา การปรับตัวและความรู้สึกหดหู่ โดยในระยะแรกเริ่มที่ญาติทราบการวินิจฉัยและอาการจะเริ่มสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งญาติส่วนใหญ่จะระบุนิสัยก่อนข้างยาก บางครั้งความรู้สึกเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอย่าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยและ

ลักษณะของบุคลิกภาพของญาติเป็นสาเหตุสำคัญ เรียกระยะนี้ว่าภาวะสับสน ต่อมาญาติจะพยายามแสวงหาทางดูแลและวิธีการต่าง ๆ โดยเริ่มค้นหามีอะไรบ้างสามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการ พฤติกรรมที่สำคัญที่ญาติกระทำเพื่อแสวงหา ได้แก่ การหาข้อมูล การขอรับคำปรึกษา แต่ในระยะหลัง ๆ การปรึกษาหารือจะน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากอาการของผู้ป่วยยังคงไม่หายจึงเริ่มพยายามที่จะรักษากันเองก่อน เช่น “ไปให้พระรดน้ำมนต์” “ถวายเครื่องเช่นเจ้าที่” เป็นต้น หลังจากการแสวงหาจบลง แต่ผลลัพธ์กลับเท่าเดิมหรือแย่ลง ญาติผู้ดูแลเริ่มที่จะปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโดย มีอาการตื่นตัวอยู่เสมอ พยายามทำตัวใกล้ชิดกับผู้ป่วย ตรวจสอบความเป็นอยู่ การรับประทานยาและอาหาร รวมไปถึงอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เมื่อญาติสังเกตอาการว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเมื่อรับประทานยาที่มีลักษณะแบบใดก็จะไม่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยานั้น ซึ่งอาจส่งผลต่ออาการผู้ป่วยภายหลังยิ่งไปกว่านั้นหากไม่สามารถดูแลด้วยตนเองได้ก็พยายามขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น รวมถึงการปรับตัวเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาดูแล ตลอดทั้งตรวจสอบอาการผู้ป่วยเพื่อความแน่ใจและการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตเป็นต้น ในขณะที่ญาติผู้ดูแลบางรายหลังจากได้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานพอสมควร เกิดความอ่อนล้า อ่อนเพลียกับการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหลายปีและผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาและไม่มีทางรักษาหายได้ พฤติกรรมการแสดงออกส่วนใหญ่ของญาติจะเป็นไปในแนวทางที่หมดแรงและสิ้นหวังอีกด้วย ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องขึ้นอยู่กับทั้งสถานการณ์แวดล้อมและบุคลิกภาพของบุคคลโดยรวม เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดขึ้นบุคคลจะเผชิญปัญหานั้นด้านอารมณ์ ตามด้วยพฤติกรรมเน้นการแก้ปัญหาและท้ายที่สุดเมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ไม่สามารถหาทางออกได้ ก็จะแสดงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยการสร้างกลไกทางจิตเพื่อสร้างความสมดุลของจิตใจ (Kanungpiarn, 2013)

สำหรับวิธีการเผชิญปัญหาของญาติในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า วิธีการเผชิญปัญหาที่ญาติในครอบครัวใช้บ่อยที่สุดและมีผลต่อการปรับตัว คือ การมองตนเองอย่างเต็มความสามารถ (optimistic coping) การพึ่งตนเอง (self-reliance) การเผชิญหน้ากับ

ปัญหา (confrontative) การสนับสนุน (supportive) จากผู้เกี่ยวข้อง (George, Nayak & D'Souza, 2013; Rafiyah, Suttharangsee & Sangchan, 2012) ซึ่งหากญาติผู้ดูแลยอมรับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและมองตนเองว่ามีความสามารถ ตลอดทั้งมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลย่อมที่จะส่งผลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Iseselo, Kajula และ Yahya-Malima (2016) ที่พบว่ากระบวนการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัว บางครอบครัวพยายามที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจลักษณะอาการ รวมไปถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลต้องให้การยอมรับและจริงใจ (acceptance and faith) ต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความคิด พฤติกรรมหรือท่าทีแปลก ๆ ของผู้ป่วย มากไปกว่านั้นต้องใช้หลักคำสอนของศาสนา เช่น การสวดหรือภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (Iseselo, Kajula & Yahya-Malima, 2016) แต่บางการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลยังใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบการควบคุมตนเอง (self controlling) และการหลีกเลี่ยงหรือเพิกเฉย (escape-avoidance) ต่อพฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งอาจส่งผลต่อความคิดความรู้สึกและการรับรู้เก็บกดถึงภาระในการดูแลและพฤติกรรมในการดูแลต่อไป (Hassan, et al., 2011) ในขณะที่การศึกษาของสิริอร พัวศิริและคณะ (2011) พบว่าครอบครัวที่จะมีการปรับตัวที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นต้องเป็นครอบครัวที่มีความเครียดระดับต่ำ มีทักษะชีวิตของผู้ป่วยสูง (patient's life skill) มีการทำหน้าที่ของครอบครัวสูง (family function) มีการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเชิงบวกสูง (positive family appraisal) และมีความเข้มแข็งของครอบครัวสูง (family hardiness) (Puasiri, et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในต่างประเทศพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจะมีการปรับตัวได้ดี เมื่อมีการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวในทางบวกสูงและการได้รับการสนับสนุนจากสังคม และพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของครอบครัวโดยส่งผ่านการให้

ความหมายต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย (Hassan, et al., 2011; Hsiao, 2008)

ส่วนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติผู้ดูแลมีผู้สรุปไว้อย่างครอบคลุมโดย ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2000) กล่าวว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารและยา การพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น การดูแลทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การห่วงใยของผู้ดูแลการพินิจความเป็นบุคคลของผู้ป่วย โดยแสดงการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นต้น และการดูแลในระดับของจิตวิญญาณ ได้แก่ การส่งเสริมให้ปฏิบัติศาสนกิจ เป็นต้น (Wiwekwan, 2000) ซึ่งสามารถนำมาผสมผสานกับแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลของวัตสัน (Watson) จนได้ข้อสรุปว่า พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มี 10 ด้าน ดังนี้

1. การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลเต็มใจที่จะปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง แสดงออกโดยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพอ่อนโยน เห็นอกเห็นใจในความเจ็บป่วยตามสมควร จริงใจและมีความอดทนภายใต้สภาวะการณ์ของการดูแล เสียสละเวลาในการดูแลช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างรางวัลใด ๆ

2. การให้กำลังใจและให้ความหวัง ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญที่สุดที่จะส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความหวังที่เป็นจริงได้ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งทางวาจาและท่าที เช่น การกล่าวชมเชยในความสำเร็จของผู้ป่วยแม้ในเรื่องเล็กน้อยก็ตาม ให้อภัยและยอมรับต่อความล้มเหลวของผู้ป่วย เช่น การโอ้อวดแสดงความเห็นใจและการกระตุ้นให้ปฏิบัติในสิ่งที่สามารถทำได้จนสำเร็จ รวมทั้งการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของเขาเอง เช่น เมื่อผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น แต่งตัวสะอาดเรียบร้อยมากขึ้นและรับผิดชอบกินยาเอง เป็นต้น

3. การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ทั้งด้านร่างกายที่พบบ่อย เช่น อาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ อาการตัวแข็ง

ลื่นกับปาก น้ำลายไหล เดินไม่แกว่งแขนและขณะพูด
ลิ้นแข็ง และด้านอารมณ์ที่พบบ่อยได้แก่ ผู้ป่วยซึมเฉย
ไม่ยอมพูด หงุดหงิด โกรธง่าย เมื่อพบอาการดังกล่าว
ผู้ดูแลควรเข้าไปซักถาม ค้นหาสิ่งที่มากระทบจิตใจ แสดง
ความสนใจและเสนอตัวเข้าช่วยเหลือ เป็นต้น

4. การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ จะ
ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกโดยการ
แสดงความห่วงใยอย่างจริงใจและเป็นธรรมชาติ ซักถาม
สารทุกข์สุกดิบในแต่ละวัน ขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ควรบอก
กล่าวความรู้สึกและความต้องการของตนเองอย่างเปิดเผย
ด้วย รวมทั้งการได้ร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันกับ
ผู้ป่วยเช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ประกอบอาหาร รับประทาน
อาหารร่วมกัน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อการเสริมสร้างและคงไว้
ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิต
เภททั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคล
ที่มีความผิดปกติของความคิด พฤติกรรม อารมณ์
และมีการแสดงออกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หาก
ผู้ดูแลเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมต่าง ๆ แล้ว ควรยอมรับ
พร้อมให้อภัย ไม่แสดงอาการรังเกียจหรือตำหนิผู้ป่วย
ไม่ดูถูกเหยียดหยามแต่ก็ไม่ควรตามใจหรือสนับสนุน
ควรพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยเหตุผลอย่างใจเย็น
ไม่ตอบสนองความต้องการเมื่อผู้ป่วยมีการแสดงวาทะ
ทำทางที่ไม่เหมาะสม

6. การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การพิจารณา
แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงจากเหตุสู่ผลมีความ
สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการยอมรับในพฤติกรรมของ
ผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การสืบค้นหาสาเหตุของปัญหา โดย
การซักถามจากผู้ป่วย บุคคลรอบข้างหรือทีมบุคลากรที่
รักษาผู้ป่วยและจากการสังเกตของผู้ดูแลเอง เมื่อทราบ
สาเหตุที่แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้พูดคุยกัน
แทนการตำหนิ ควรสอบถามเหตุผลของพฤติกรรมดัง
กล่าว หากเป็นความเข้าใจผิดจำเป็นต้องอธิบายถึงสิ่งที่
ถูกต้องให้ฟัง หากเป็นการรับรู้ที่ผิด เช่น ประสาทหลอน
แล้วเกิดความกลัว ผู้ดูแลอาจต้องคอยอยู่เป็นเพื่อน พร้อม
กับบอกเล่าความเป็นจริง (presenting reality) เป็นต้น แต่
ถ้ามีพฤติกรรมใดจำเป็นต้องแก้ไข ผู้ดูแลควรมีการตกลง

ร่วมกับผู้ป่วยแล้วเริ่มต้นดำเนินการ โดยการกระตุ้นเตือน
หรือชักชวนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนประสบผลตาม
แผนที่วางไว้ร่วมกัน

7. การชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่
ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ผิดพลาดจึงมักแสดง
พฤติกรรมตามการรับรู้ที่ผิด เช่น แยกตัว หวาดระแวง
กลัว วิตกกังวลรุนแรง เป็นต้น ผู้ดูแลจะช่วยบรรเทา
อาการเหล่านี้ได้ด้วยการเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนให้ความมั่นใจ
เอาใจใส่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง
รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น
การทักทาย ยิ้มแย้ม พูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น

8. การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความ
รู้สึกปลอดภัย ให้มีบรรยากาศของความรักความอบอุ่น
และปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตาม
อัตภาพ ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้โดยการจัดที่อยู่อาศัย
ให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยทั้งจากสิ่งที่จะ
เป็นอันตรายและสิ่งที่จะกระตุ้นการกำเริบของโรค คอย
เชื่อมประสานให้มีความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วย
และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เป็นต้น

9. การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการ
ดำรงชีวิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการที่พิเศษหรือ
แตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น ต้องกินยาต่อเนื่องครบถ้วน
เป็นเวลานานพอควรหรือตลอดชีวิต ต้องการความเข้าใจ
ในอารมณ์และความรู้สึกมากกว่าปกติต้องการความเข้าใจ
และยอมรับจากบุคคลทั่วไปและต้องการมีชีวิตที่ผาสุก
ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการทั้งด้าน
ร่างกาย จิตใจและสังคม ที่มีลักษณะเฉพาะดังนี้

9.1 การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย
ได้แก่ การดูแลให้รับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่าง
เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน
การรับประทานยาตามจำนวนและวันเวลาอย่างถูกต้อง
การช่วยเหลือเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย ปากและ
ฟัน และการทำความสะอาดหลังขับถ่าย มีการพักผ่อน
นอนหลับ ออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือช่วย
ประกอบการทำงานอาชีพ เป็นต้น

9.2 การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์
และจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเปราะบาง

ของอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความรู้สึกนึกคิดและไม่ใช่ที่ยอมรับของสังคม เช่น การอึด หัวเราะคนเดียว การร้องตะโกนในที่สาธารณะ เป็นต้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ โดยการบอกเล่าและแสดงเป็นแบบอย่างของการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

9.3 การตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม ผู้ดูแลปฏิบัติโดยการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในและนอกครอบครัวตามความเหมาะสมและให้ความเคารพนับถือตามสมควร

10. การช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มีพลังในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้โดยการให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่ป็นธรรมชาติของชีวิต เช่น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย อุบัติภัยต่าง ๆ หรือ การเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งฝึกให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความผิดหวังบ้าง สนับสนุนให้ปฏิบัติศาสนกิจเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การไหว้พระ สวดมนต์และนำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าประสบการณ์การตอบสนองของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติผู้ดูแล นอกจากผลลัพธ์การปรับตัวทางลบแล้ว ยังพบว่ามีมุมมองของการปรับตัวในการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทางบวกหรือเกิดมุมมองเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย เช่น การยอมรับความสามารถของตนเอง การยอมรับและจริงใจ รวมไปถึงทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวในทางบวก (positive family appraisal) และความเข้มแข็งของครอบครัว (family hardiness) เป็นต้น ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีที่ได้ทำหน้าที่การดูแล นับได้ว่าเป็นจุดแข็งและเป็นประเด็นสำคัญยิ่งสำหรับญาติผู้ดูแล เพราะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจและมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีความสุขในการทำบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกที่รักคนหนึ่ง ในครอบครัว และนำไปสู่การเพิ่มผลลัพธ์ด้านบวกจากการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่เหมาะสม พบว่ามีรูปแบบการบริการหรือวิธีการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลเหล่านี้ที่หลากหลาย ไม่สามารถระบุได้ว่าวิธีการใดวิธีการหนึ่งจะสามารถช่วยเหลือญาติผู้ดูแลได้ รูปแบบการดูแลช่วยเหลือส่วนใหญ่พบว่าเป็นแบบผสมผสานหรือบูรณาการหลายแนวคิด เพื่อที่จะส่งเสริมให้ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีการปรับตัว สามารถเผชิญกับปัญหาและเกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ รวมไปถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการกำเริบได้อีกด้วย (Caqueo-Urizar, et al., 2015; Choorat, 2016; Thayarungsri, Suriyong & Krewma, 2011) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบทบาทของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน วิธีการดูแลช่วยเหลือหรือรูปแบบการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบบ่อย ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา, การให้คำปรึกษา, การปรับเปลี่ยนความคิดหรือวิธีคิดเพื่อแก้ไขปัญหา และการทำครอบครัวบำบัด เป็นต้น ซึ่งสรุปไว้ดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล (Family Psycho Education--FPE) นับว่าเป็นกระบวนการดูแลช่วยเหลือที่พบเป็นส่วนใหญ่และมีประโยชน์อย่างมาก ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้สุขภาพจิตเฉพาะเรื่อง เป็นรูปแบบการให้ความรู้ การให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต เช่น สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา การรับประทานยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ รวมไปถึงแหล่งสนับสนุนหรือสถานพยาบาลที่รักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว ญาติผู้ดูแลหรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตด้วยวิธีการที่สั้น กระชับและเข้าใจง่าย ทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมไปถึงทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ทำให้ลดความหนักใจแก่ญาติผู้ดูแลและมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าเดิม และยังพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีและ

ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่ง Gassmann และคณะ (2013) ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่าภายหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งในการมองโลกและมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมากยิ่งขึ้น (Gassmann, et al., 2013) และส่งผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลนั้น สามารถพัฒนาอาการ อาการแสดง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตัวผู้ป่วยเองได้มากขึ้น และยังลดการรับรู้ภาระแก่ตนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติผู้ดูแล รวมไปถึงทำให้ลดการกลับเป็นซ้ำหรืออาการกำเริบของโรคได้อีกด้วย (Fallahi Khoshknab, et al., 2013; Hassan, et al., 2011; Choorat, 2016; Thayarungsri, Suriyong & Krewma, 2011)

2. การให้การปรึกษาทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่มแก่ญาติดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมไปถึงการทำครอบครัวบำบัด (Family Therapy--FT) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดที่คำนึงถึงระบบของครอบครัวเป็นสำคัญในการรักษา เป็นการนำเอาสมาชิกของครอบครัวมาพบทีมผู้รักษาและขอความร่วมมือในการหาแนวทางเพื่อบรรเทาหรือรักษาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งปรับปรุงบทบาทหน้าที่ ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวให้ดีขึ้น การแก้ไขปัญหาในการสื่อสารภายในครอบครัวและเป็นการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดสภาวะใหม่ที่สมดุล (Kupthiwut & Suwankit, 1997) เป็นการผสมผสานบูรณาการทฤษฎีการให้คำปรึกษารอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขสถานการณ์หรือภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของสมาชิกในครอบครัวร่วมกัน ซึ่งพบว่าสามารถช่วยให้ครอบครัว ญาติผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มองการเจ็บป่วยทางจิตด้วยความเข้าใจ หาวีธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันทั้งระบบครอบครัวและช่วยลดการรับรู้ภาระแก่ตนของญาติผู้ดูแล (Lim & Han, 2013; Puengkatesoontom & Lueboonthavatchai, 2011) ในขณะที่การให้คำปรึกษาทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม ช่วยให้ผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมก่อให้เกิดการเรียนรู้จากตนเองและความคิดเห็นผ่านกลุ่มของผู้รับคำปรึกษาที่มีลักษณะปัญหาเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน นับได้ว่าเป็น

กระบวนการที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจสภาพปัญหาของตน ยอมรับสภาพ ตลอดจนจนสามารถแก้ปัญหาและสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (Punjuy, Lueboonthavatchai & Thato, 2014) รวมถึงสามารถนำไปกระบวนการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกและพัฒนาคุณภาพชีวิต (Yoetpanya & Lueboonthavatchai, 2014) เสริมสร้างพลังอำนาจและลดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้อีกด้วย (Chareonyooth, Sankan & Pathipatpakdee, 2012; Thanikkul & Dangdomyouth, 2012; Seangdao, Uthis & Kertchok, 2012) ซึ่งการทำครอบครัวบำบัด เป็นรูปแบบหรือกระบวนการช่วยเหลือที่ยังมีความท้าทายต่อวิชาชีพ อันเนื่องมาต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัด มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์และศิลป์ของระบบครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Caqueo-Urizar, et al., 2015) และหากทำควบคู่ไปกับการรักษาโดยการให้ยาหรือการใช้ยาร่วมกับการให้คำปรึกษานั้น จะยิ่งส่งผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรมในการดูแลที่ดีต่อญาติผู้ดูแลต่อไป

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของญาติผู้ดูแลผ่านการเพิ่มมุมมองเชิงบวกจากการดูแล (positive aspect of caregiving) ซึ่งมุมมองเชิงบวกจากการดูแล หมายถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลที่รับรู้ถึงประโยชน์หรือประสบการณ์ที่ดีที่เกิดขึ้นจากการทำบทบาทการดูแล มี 3 องค์ประกอบ คือ (1) การรับรู้ความสำเร็จที่เกิดจากการดูแล (2) การรับรู้ความรู้สึกในแง่ดีที่เกิดจากการดูแล และ (3) การรับรู้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลที่เกิดจากการดูแล (Lawang & Sunsern, 2016) มุมมองเชิงบวกจากการดูแลนับได้ว่าเป็นมนต์เสน่ห์ที่สำคัญและกำลังถูกกล่าวถึงในปัจจุบัน เพราะว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่า การศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการศึกษา มุมมองเชิงลบจากการดูแล รวมไปถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแล เช่น ความรู้สึกเป็นภาระ ความเบื่อหน่ายหรือเหนื่อยล้าในการดูแล ความเครียด ภาวะสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต เป็นต้น และเน้นพัฒนาโปรแกรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างหรือลดปัญหาเชิงลบจากการดูแล ในทางตรงกันข้ามมุมมองเชิงบวกจากการดูแลกลับถูกมองข้าม ทั้งๆ ที่มุมมองเชิงบวกจากการดูแลเป็นมนต์เสน่ห์ที่สำคัญยิ่งในการเสริมสร้างความรู้สึที่ดี

ความพึงพอใจและมีความสุขจากการปฏิบัติบทบาทของตนเอง (Lawang & Sunsern, 2016; Tarlow, et al., 2004) รวมไปถึงยังเป็นมโนทัศน์ที่ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกเชิงลบต่อการดูแลเป็นการยินดีต่อการดูแลอีกด้วย (Kate, et al., 2013a) ดังนั้นมุมมองเชิงบวกจากการดูแลจึงเป็นอีกหนึ่งมโนทัศน์ที่น่าสนใจในการนำมาประยุกต์ใช้ในญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องได้รับการดูแลด้วยความรักความเข้าใจจากญาติผู้ดูแล รวมไปถึงพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับตัวเชิงบวกและพฤติกรรมดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทสรุป

จะเห็นได้ว่า ในกระบวนการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลนั้นมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละครอบครัว โดยหมายรวมถึงลักษณะของครอบครัว บุคลิกภาพของญาติผู้ดูแล ตลอดจนตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นวิธีการดูแลช่วยเหลือหรือรูปแบบการดูแลช่วยเหลือครอบครัวหรือญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นจึงอยู่ภายใต้ระบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างบทบาทบุคลากรทางวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของพยาบาลกับญาติผู้ดูแล รวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง ด้วยรูปแบบการดูแลช่วยเหลือที่มีความหลากหลายนี้ หากเป็นการส่งเสริมการช่วยเหลือดูแลที่เป็นเชิงบวกให้การสนับสนุนทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจะส่งผลต่อการแสวงหาวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยการปรับตัวในทางที่ดีและยังจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลเชิงบวกต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำหรือกำเริบของโรคและอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง และทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง สามารถประเมินสถานการณ์อาการต่างๆ รวมไปถึงมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ลดการรับรู้ภาระแห่งตนและเกิดมุมมองเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสมาชิกที่รักคนหนึ่งครอบครัว สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย



References

- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 84.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos-Giráldez, S., Maturana, S. L., Ramírez-Pérez, M., & Mascayano, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26(2), 235-243.
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Urzúa, A., Escudero, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: Challenges and solutions. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11(2015), 145-151.
- Chareonyooth, N., Sankan, K., & Pathipatpakdee, H. (2012). The effect of empowerment program on empowerment resource, self-esteem and self-care behavior for female patients with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 41-56. (in Thai)
- Chimsuk, N., & Dangdomyouth, P. (2014). Selected factors related to psychological distress of family caregivers of schizophrenia patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(3), 49-62. (in Thai)

- Choorat, N. (2016). The study of causes and ways to prevent a recurrence of schizophrenic patients in the community of Pi-leng district health care promoting hospitals which experiencing unrest situation in the southern provinces of Thailand. *Printcess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, 3(1), 24-36. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2014). *Annual report 2014*. Bangkok: Beyond. (in Thai)
- Fallahi-Khoshknab, M., Sheikhona, M., Rahgouy, A., Rahgozar, M., & Sodagari, F. (2013). The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(5), 438-446.
- Gassmann, W., Christ, O., Lampert, J., & Berger, H. (2013). The influence of Antonovsky's sense of coherence (SOC) and psychoeducational family intervention (PEFI) on schizophrenic outpatients' perceived quality of life: A longitudinal field study. *BMC Psychiatry*, 13(2013), 10.
- George, R., Nayak, A., & D'Souza, A. (2013). A comparative study on coping strategies and sense of coherence among caregivers of mentally and neurologically ill patients in Kasturba hospital, Manipal, Karnataka. *Nitte University Journal of Health Science*, 3(2), 80-85.
- Glubvong, M., Intasuwan, P., Chuawanlee, W., & Thavichach, N. (2009). *Factors affecting burnout and care behavior of caregivers of schizophrenic patients*. Doctor of Philosophy (Applied Behavioral Science) Thesis, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Gupta, A., & Sharma, R. (2013). Burden and coping of caregiver of physical and mental illnesses. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(2), 367-374.
- Hajebi, A. (2014). *Burden experienced by families of patients with schizophrenia and its related factors*. Retrieved from <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14041/1/Hajebi%2c%20Ahmad%20TM2014.pdf>
- Hemarat, K., Suttineam K., & Kongkham, C. (2012). A model of empowerment on schizophrenic nursing in urban society. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 81-96. (in Thai)
- Hassan, W. A. N., Mohamed, I. I., Elnaser, A. E. A., & Sayed, N. E. (2011). Burden and coping strategies in caregivers of schizophrenic patients. *Journal of American Science*, 7(5), 802-811.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5(1985), 194-246.
- Hsiao, C. Y. (2008). *Individual and family adaptation to severe and persistent mental illness (SPMI) in Taiwanese families*. Retrieved from <https://cdr.lib.unc.edu/indexablecontent/uuid:89559b7b-a771-4849-9fb9-7ab12d5e4594>.
- Imas Rafiyah, S. Kp., & Sutharangsee, W. (2011). Review: Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia and its related factors. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 29-41.
- Iseselo, M. K., Kajula, L., & Yahya-Malima, K. I. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16(2016), 146.

- Janardhana, N., Raghunandan, S., Naidu, D. M., Saraswathi, L., & Seshan, V. (2015). Care giving of people with severe mental illness: An Indian experience. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 184-194.
- Kamal, R. (2013). *A narrative study of the lived experiences of family caregivers through different stages of mental illness*. Doctor of Philosophy (Counselor Education) Thesis, University of New Mexico.
- Kanungpiarn, T. (2013). Experience of care givers in caring for people with schizophrenia in community. *Journal of Nursing Division*, 40(1), 57-66. (in Thai)
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2013a). Caregiving appraisal in schizophrenia: A study from India. *Social Science & Medicine*, 98(2013), 135-140.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2013b). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 380-388.
- Kupthiwut, S., & Suwankit, K. (1997). Family therapy. *Siriraj Medical Journal*, 49(7), 708-711. (in Thai)
- Lawang, W., & Sunsern, R. (2016). Positive aspect of caregiving: Crucial concepts enhancing family caregivers' strength. *Journal of Nursing and Education*, 9(3), 1-9. (in Thai)
- Lim, H., & Han, K. (2013). Effects of the family resilience enhancement program for families of patients with chronic schizophrenia. *Journal of Korean Academic Nursing*, 43(1), 133-142.
- Lortragul, M., & Sukanit, P. (2012). *Ramathibodi psychiatry*. Bangkok: Pimluk. (in Thai)
- National Alliance on Mental Illness. (2008). *Schizophrenia: Public attitudes, personal needs*. Virginia: Author.
- National Family Caregivers Association. (2010). *Caregiving statistics*. Retrieved from <http://caregiveraction.org/resources/caregiver-statistics#Impact on Family Caregiver's Health>
- Nukaew, D. (2003). *Effect of home health care with health counseling method on adaptation and stress of the schizophrenia patients' caregivers*. Master of Community Nursing Thesis, Burapa University. (in Thai)
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8(1), 1-8.
- Pike, B. (2013). *Caregiver experiences of parents who support adult children with schizophrenia*. Retrieved from http://www.supportingfamilies.org.nz/Libraries/Documents/Caregiver_Experiences_of_Supporting_a_Person_with_Schizophrenia.sflb.ashx
- Puasiri, S., Sitthimongkol, Y., Tilokskulchai, F., Sangon, S., & Nityasuddhi, D. (2011). Adaptation of Thai families with mentally ill young people. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(2), 137-151.
- Puengkatesoontom, N., & Lueboonthavatchai, O. (2011). The effect of family interventions program on burden among family caregivers of schizophrenia patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 25(2), 51-63. (in Thai)

- Punjuy, R., Lueboonthavatchai, O., & Thato, R. (2014). The effect of group counseling program on coping ability of caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(3), 117-129. (in Thai)
- Rafiyah, I., Suttharangsee, W., & Sangchan, H. (2012). Coping and burden of Indonesian family caregivers caring for persons with schizophrenia. *Songkla Medical Journal*, 30(3), 135-142.
- Seangdao, S., Uthis, P., & Kertchok, R. (2012). The effect of social support group program on burden of caregivers of schizophrenia patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 97-111. (in Thai)
- Sefasi, A., Crumlish, N., Samalani, P., Kinsella, A., O'Callaghan, E., & Chilale, H. (2008). A little knowledge: Caregiver burden in schizophrenia in Malawi. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 160-164.
- Staring, A. B., Gaag, M. V. D., Berge, M. V. D., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 363-369.
- Tan, S. C., Yeoh, A. L., Choo, I. B., Huang, A. P., Ong, S. H., Ismail, ... Chan, Y. H. (2012). Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2410-2418.
- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., & Thompson, D. G. (2004). Positive aspects of caregiving. *Research on Aging*, 26(4), 429-453.
- 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. (in Thai)
- Thayarungsri, T., Suriyong, J., & Krewma, P. (2011). Effect of psychoeducation program on self-care and hospital readmission of patients with schizophrenia at SuanPrung psychiatric hospital, Chiang Mai province. *Bulletin of Suan Prung*, 27(1), 5-14. (in Thai)
- Thongtup, P., & Sawangchareon, K. (2013). Violent behavior of schizophrenic patients and violent management of family. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division*, 31(4), 121-127. (in Thai)
- Yoetpanya, D., & Lueboonthavatchai, O. (2014). The effect of sense of coherence promoting program on quality of life of schizophrenia patients' caregivers in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(3), 63-74. (in Thai)
- Wiwekwan, Y. (2000). *Mental health and caring behaviors of caregiver of schizophrenia patients*. Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing) Thesis, Mahidol University. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *Schizophrenia Fact sheet*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>

