

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง

Factors relating Stress and Stress Coping Caregivers of People with Schizophrenia in Urban Family

Received: Jan 26, 2021
Revised: Apr 5, 2021
Accepted: May 17, 2021

สุสารี ประคินกิจ วท.ด. (Susaree Prakhinkit, Ph.D.)¹

นฐมน บุญล้อม ส.ม. (Nutamon Boonlom, M.P.H.)²

ลัญชา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ พย.ม. (Lunchana Phimphanchaiyaboon, M.N.S.)³

นฤมล อังศิริศักดิ์ วท.ม. (Naruemol Angsirisak, M.Sc.)⁴

ศุภารัญ ผาสุข พย.ม. (Suparun Phasuk, M.N.S.)⁵

รศยา ยูวพรพาณิชย์ พย.ม. (Rosaya Yuwapornpanit, M.N.S.)⁶

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่พบมากในชุมชน ส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้เกิดความเครียด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง

ระเบียบวิธีวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรยามาเน (Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยคำนวณจากประชากร 120 คน ได้จำนวน 93 ราย เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดของผู้ป่วย แบบวัดความเครียด และการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติบรรยาย และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล กับความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.6) ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาด้วยความเครียด ด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.8) ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลแบบการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดแต่อย่างใด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อมของผู้ดูแล

ได้รับทุนจากมหาวิทยาลัยสยาม

¹Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, E-mail: tik.susaree@gmail.com

²⁻⁵อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, ²E-mail: nuanphun806@gmail.com, ³E-mail: lunchana2525@hotmail.com,

⁴E-mail: noonanang058@gmail.com, ⁵E-mail: iamtiyapoom@hotmail.com

⁶พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 36 บุคโล E-mail: ros_jae@hotmail.com

¹⁻⁵Faculty of Nursing, Siam University, Bangkok, Thailand.

⁶Public Health Service Center 36, Bangkok, Thailand.

สรุปผล: ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ: การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมทักษะการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล และให้การสนับสนุนช่วยเหลือที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความเครียด การเผชิญความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

Introduction: Schizophrenia is a common chronic psychiatric disorder affecting many people in the community. It affects family, especially caregivers who are constantly exposed to changing symptoms of the patient causing stress

Research objectives: The study aimed to investigate factors related to stress and coping strategies among caregivers of people with schizophrenia in urban family.

Research methodology: This study used a descriptive design. By using Yamane's formula of sample size with a confidence coefficient of 95% and population of 120, the sample size required for this study needed to be 93 caregivers. Data collection lasted for three months. Instruments were a socio-demographic description of the family, the clinical status of the patient, the Suanprung Stress Test-20, and the Jalowiec Coping Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, and correlation was analyzed using the Pearson's Correlation Coefficient.

Results: Results showed that the stress level of caregivers was at moderate level (59.6%). Problem alleviation coping strategies were used; most of them were for coping with stress (62.8%). Regarding patient factors, the clinical status of patient changes had positively significant associated with stress and problem alleviation coping strategies ($p=.05$). However, socio-demographic description of caregiver factors was not associated with stress. Age, and relationship with the patient were positively significantly associated with problem confrontation and problem alleviation coping strategies ($p=.05$).

Conclusions: The clinical status of patient changes was positively correlated to stress and coping strategies of caregivers.

Implications: Mental healthcare of caregivers of schizophrenia patients should be individually promoted using coping skills with appropriate stress. Support and assistance should be provided according to caregivers' needs.

Keywords: stress, coping stress, schizophrenia, caregiver

บทนำ

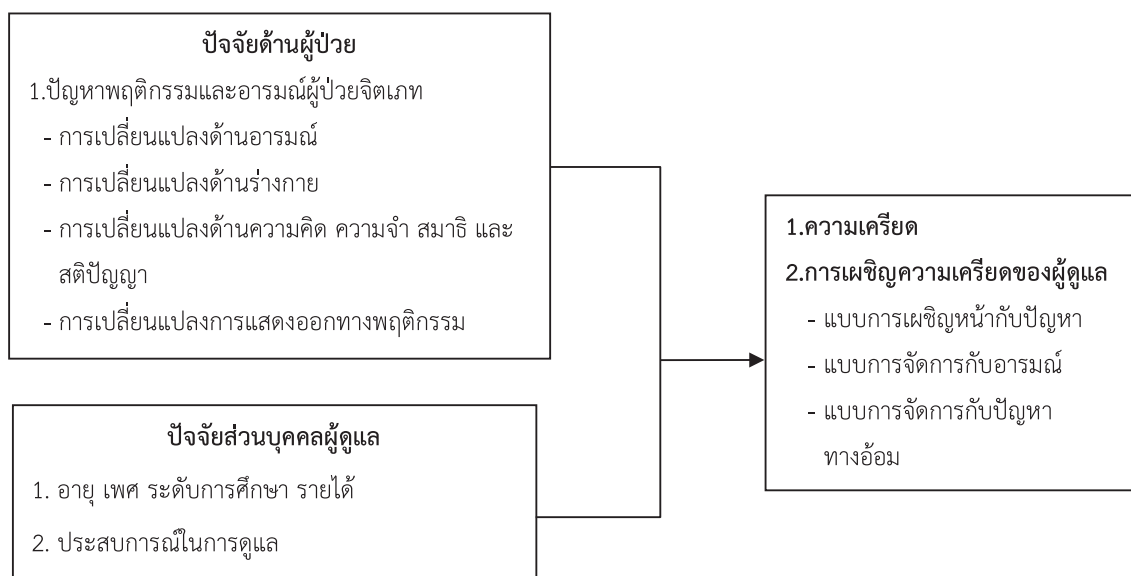
โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลและต่อสังคมในทุกระดับ จัดอยู่ใน 5 อันดับแรกของโรคที่สามารถรักษาด้วยยาที่เป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายตลอดช่วงชีวิตทั้งหมดสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 คน มากกว่า 10 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ประเทศในแถบเอเชียพบความชุกน้อยกว่าประเทศในแถบซีกโลกตะวันตกและเพศชายพบมากกว่าเพศหญิง สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 0.7¹

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง มักมีอาการกำเริบเป็นระยะ อาการเจ็บป่วยมีผลต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมให้ปกติ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มักจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล² จนอาการดีขึ้นจึงสามารถจำหน่ายกลับบ้านมาอยู่ในครอบครัวได้ แต่ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านยังคงมีอาการป่วยที่หลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้ป่วย บางรายอยู่ในภาวะไร้ความสามารถหรือความพิการทางจิต สังคม ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ร้อยละ 50-70 จะมีอาการป่วยซ้ำหลังจากรักษาภายใน 1 ปี³ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพจากคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล⁴ ในระยะฟื้นฟูผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มีอาการหลงเหลือ มีอาการทางลบ แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาทิ เช่น สีหน้าเฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เก็บตัว ทำให้มีปัญหาด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง⁵

ผู้ดูแลหลักมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งด้านความคิด ความจำ สมาธิและการตัดสินใจ ด้านอารมณ์ การพูด การสื่อสาร ทางด้านร่างกาย ซึ่งพฤติกรรมนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะกลางและขั้นรุนแรง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอาการทางจิตก่อให้เกิดความกดดันและความเครียดแก่ผู้ดูแล⁶ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย ขาดอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัว ไม่มีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม⁷ และเป็นปัจจัยที่ส่งผลการเป็นภาระของผู้ดูแล⁸ โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์

อาการล่วงหน้าได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมด้านความคิด อารมณ์ การพูด เกิดขึ้นจากที่มีสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกระตุ้น และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวมีความซับซ้อนยากที่ผู้ดูแลจะรับมือและจัดการกับปัญหาได้ ทำให้เกิดความเครียด อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปวดหลัง ปวดศีรษะ เมื่อยล้า ผลกระทบด้านจิตใจที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความเครียดที่รุนแรง วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ถูกตีตราจากสังคม นอกจากนั้นผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับความทุกข์ทางเศรษฐกิจเพราะต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มตัว ทำให้ขาดรายได้ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น มีหนี้สินจากการกู้ยืมมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน⁹ มีการวิจัยที่ผ่านมาได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกับความเครียดของผู้ดูแล พบว่าอายุและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาวนานจะมีระดับความเครียดน้อยกว่าผู้ดูแลที่อายุน้อยและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย เพราะอายุที่มากขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบที่มากขึ้น ผ่านเรื่องราวต่าง ๆ เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาในการดูแล ผู้ดูแลมีรูปแบบการเผชิญความเครียดที่หลากหลาย ได้แก่ การเผชิญหน้าปัญหา โดยการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี แบบการจัดการอารมณ์ และการจัดการปัญหาทางอ้อม โดยการระบายความรู้สึกนึกคิดในการจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากความเครียด หรือการบรรเทาความรู้สึกเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันแต่ละครอบครัวขึ้นอยู่กับอายุ และประสบการณ์แต่ละบุคคล¹⁰ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การยอมรับและจิตใจต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความคิด พฤติกรรมที่แปลก ๆ ของผู้ป่วย¹¹

องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนเมืองยังมีน้อย จากการลงพื้นที่เขตธนบุรี ภาษีเจริญ และบางแคพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี จากการสำรวจชุมชนพบผู้ป่วยที่มีคนในครอบครัว



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อปี พ.ศ. 2561 จำนวน 120 คน บางรายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและจำหน่ายจากสถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ บางรายไม่ได้รับการรักษาเพราะผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้อาการทางจิตกำเริบยากต่อการดูแลของคนในครอบครัว ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียด และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเขตเมือง เพื่อคาดหวังว่าองค์ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์กับผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมโดยการปรับตัวในทางที่ดีและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลเชิงบวกต่อผู้ป่วย ลดการกลับเป็นซ้ำหรืออาการกำเริบของโรค และเพื่อการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin¹² และการทบทวนวรรณกรรมซึ่งกล่าวถึงความเครียด และผลของความเครียดที่

เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันอย่างต่อเนื่องทั้งด้านปัจจัยภายในตัวบุคคลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล⁹ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วยปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยและปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแลซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของบุคคล ซึ่งความสัมพันธ์แสดงในภาพที่ 1

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมืองในเขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) หนึ่งช่วงเวลาหนึ่งตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2561 ถึง เดือนธันวาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พักอาศัย

ในเขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 120 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ยามาเน (Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 93 คน โดยมีคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลอย่างน้อย 3 เดือน
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. ไม่จำกัดช่วงอายุและเพศในชุมชนเขตภาษีเจริญ บางแคและเขตธนบุรี

คุณสมบัติคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถให้ข้อมูลและตอบข้อคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยได้

2. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วย ดัดแปลงมาจากของ Patsadu¹³ มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.83 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 ระดับมาก, 2.34-3.66 ระดับปานกลาง, 1.00-2.33 ระดับน้อย

2. แบบสอบถามความเครียดสวนปรง (SPST 20) ที่สร้างขึ้นโดย Mahatnirunkul, Pumpaisanchai, Tapunya¹⁴ สร้างขึ้นจากแนวคิดของ มิลเลอร์ สมิธ และโรสเทน มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.85 แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนน 0-23 ระดับน้อย, คะแนน 24-41 ระดับปานกลาง, คะแนน 42-61 ระดับสูง, 62 คะแนนขึ้นไป ระดับรุนแรง

3. แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowiec coping scale: JCS) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 แปลเป็นภาษาไทยโดย Sutayakorn¹⁵ มีความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.95 แปลผลโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ ค่าคะแนน 0.01-0.33 หมายถึง ใช้การเผชิญความเครียดรายด้านนั้น ๆ น้อย ค่าคะแนน 0.34-0.67 หมายถึง ใช้การเผชิญความเครียดรายด้านนั้น ๆ ปานกลาง และค่าคะแนน 0.68-1.00 หมายถึง ใช้การเผชิญความเครียดรายด้านนั้น ๆ มาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ E004h/61 เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วยตนเอง ถามความสมัครใจในการร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และไม่เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล จะรายงานผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลดังนี้

1. เตรียมแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ บางแค อาสาสมัครในชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ

2. การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ประชาสัมพันธ์โครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและเปิดรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

3. ลงพื้นที่ในชุมชน เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ บางแค สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ ชี้แจงโครงการและการรักษาความลับของอาสาสมัครและครอบครัว และลงนามในการเข้าร่วมโครงการในแต่ละเขตพื้นที่ นัดเวลาที่อาสาสมัครสะดวกในการให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ บางแค ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามที่บ้านผู้ดูแล ผู้วิจัยอธิบายการตอบคำถามแก่อาสาสมัครโดยละเอียด การเก็บข้อมูลใช้เวลาโดยประมาณ 30 นาทีต่อผู้ดูแล 1 คน จนครบทุกเขตพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท ความถี่การเกิด และระดับความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทกับความเครียด และการเผชิญความเครียดโดยสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
ชุมชนเมือง กรณีศึกษา : เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ และ
เขตบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ
83.9 เพศชาย ร้อยละ 16.1 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส

คิดเป็นร้อยละ 46.2 มีอายุมากกว่า 60 คิดเป็นร้อยละ 45.2
การศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.9
มีรายได้ในครอบครัว น้อยกว่า 10,000 คิดเป็นร้อยละ 54.8
ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 43 ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง กรณีศึกษา : เขตธนบุรี เขตภาษีเจริญ
และเขตบางแค กรุงเทพมหานคร (n= 93)

	ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	78	83.9
	ชาย	15	16.1
สถานภาพ	โสด	31	33.3
	สมรส	43	46.2
	หม้าย	19	20.5
อายุ	21-30	3	3.2
	31-40	7	7.5
	41-50	22	23.7
	51-60	19	20.4
	>60	42	45.2
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	8	8.6
	ประถมศึกษา	39	41.9
	มัธยมศึกษา	22	23.7
	อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	11	11.8
	ปริญญาตรี	13	14.0
รายได้ต่อเดือน	<10,000	51	54.8
	10,000-15,000	21	22.6
	15,001-20,000	14	15.1
	>20,000	7	7.5
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	<5	16	17.2
	6-10	19	20.4
	11-15	10	10.8
	16-20	8	8.6
	>20	40	43.0

ส่วนที่ 2 ระดับปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีปัญหาทางด้านอารมณ์ อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 68.8 ด้านทางกาย อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 62.4 ความคิด ความจำ สมาธิ และสติปัญญา อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 72.0 การพูด และการติดต่อสื่อสาร อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.6 การแสดงออกทางพฤติกรรม อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 83.8 ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 22.6 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.8 และพบว่า ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหากับความเครียดแบบการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อม คิดเป็นร้อยละ 63.4 รองลงมามีการเผชิญหน้ากับปัญหา คิดเป็นร้อยละ 30.1 และมีการจัดการกับอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 6.5 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับ (n= 93)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	ความถี่(ร้อยละ)
1. ด้านอารมณ์	8 (8.6)	21 (22.6)	64 (68.8)
2. ด้านทางกาย	7 (7.5)	28 (30.1)	58 (62.4)
3. ความคิด ความจำ สมาธิ และสติปัญญา	9 (9.7)	17 (18.3)	67 (72.0)
4. การพูด และการติดต่อสื่อสาร	5 (5.4)	26 (28.0)	62 (66.6)
5. การแสดงออกทางพฤติกรรม	1 (1.1)	14 (15.1)	78 (83.8)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับความเครียด (n= 93)

ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด		
น้อย	10	10.8
ปานกลาง	56	60.2
สูง	21	22.6
รุนแรง	6	6.4
การเผชิญความเครียด		
การเผชิญหน้ากับปัญหา	28	30.1
การจัดการกับอารมณ์	6	6.5
การจัดการกับปัญหาทางอ้อม	59	63.4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p value
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล		
อายุ	.15	.15
ระดับการศึกษา	-.09	.35
รายได้ครอบครัว	-.06	.56
ระยะเวลาในการดูแล	.14	.19
ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม		
ด้านอารมณ์	.40	.001*
ด้านทางกาย	.30	.003*
ความคิด ความจำ สมาธิ และสติปัญญา	.42	.001*
การพูด และการติดต่อสื่อสาร	.24	.018*
การแสดงออกทางพฤติกรรม	.44	.001*

* $p < .05$

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านอารมณ์ ด้านทางกาย สติปัญญา ความคิด ความจำ สมาธิและปัญญา การพูด การติดต่อสื่อสาร และปัญหาทางพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลดังแสดงในตารางที่ 4

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญกับปัญหาและการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ($r = .21, .22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านอารมณ์ ด้านทางกาย และการแสดงออกด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลแบบการจัดการกับอารมณ์และแบบการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ($r = .29, .29$ ตามลำดับ) การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ สมาธิและสติปัญญา สัมพันธ์ทางบวกกับแบบการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ($r = .21$) การแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยสัมพันธ์ทางบวกกับแบบการจัดการกับอารมณ์ และแบบการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ($r = .22, .28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน

ปัจจัย	การเผชิญหน้ากับ ปัญหา (r)	การจัดการกับ อารมณ์ (r)	การจัดการกับปัญหา ทางอ้อม (r)
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล			
อายุ	.21*	.14	.22*
ระดับการศึกษา	-.05	-.07	.01
รายได้ครอบครัว	-.04	-.13	-.08
ระยะเวลาในการดูแล	.09	.19	.13
ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย			
ด้านอารมณ์	.14	.29*	.29*
ด้านทางกาย	.00	.16	.19
ความคิด ความจำ สมาธิ และสติปัญญา	.08	.12	.21*
การพูด และการติดต่อสื่อสาร	-.01	.09	.09
การแสดงออกทางพฤติกรรม	.13	.22*	.28*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.6) อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดในระดับปานกลาง ทั้งที่โดยสภาพผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลน่าจะมีระดับความเครียดสูง แสดงถึงการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่คลุมเครือ เป็นอันตรายต่อสภาพความมั่นคง ความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ดูแล จนทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดเกี่ยวกับโรค อาการของโรค ตลอดจนภาระความรับผิดชอบที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเกิน 6 ปี ทำให้เกิดการปรับตัว การยอมรับ และผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่วัยกลางคนขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์สูง อีกทั้งการที่ผู้ดูแลเลือกใช้ชีวิตเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะส่งผลทำให้ความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง¹⁶

2. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหากับความเครียด ด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.8) อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตนเอง ทำใจยอมรับกับปัญหา และหาวิธีการที่ทำให้ตนเองรู้สึกตนเองดีขึ้นโดยไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลมุ่งจัดการกับตนเอง โดยการลดความเครียดในรูปแบบที่หลากหลาย อาทิ เช่น การทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฟังธรรมะ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ออกกำลังกาย สำหรับการเผชิญความเครียดแบบการจัดการอารมณ์ การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดวิธีนี้น้อย อาจเนื่องจากการประเมินระดับความเครียดของตนเองในการดูแลผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในระดับสูง ทำให้ผู้ดูแลไม่ใช้การแสดงออกทางอารมณ์แต่เลือกวิธีอื่นแทน¹⁷

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ของผู้ป่วย ด้านอารมณ์ ด้านทางกาย สติปัญญา ความคิด ความจำ สมาธิและปัญญา การพูด การติดต่อสื่อสาร และ ปัญหาทางพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่ไม่คงที่ เป็นผลมาจากความบกพร่องทางด้านความคิด อาจมีอาการหลงผิด การรับรู้ที่บิดเบือนจากความเป็นจริง สูญเสียความจำ บกพร่องเรื่องสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง คิดซ้ำ คิดในสิ่งที่คนปกติคาดไม่ถึง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจอยู่ในระยะที่เฉียบพลันหรือเรื้อรังแตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อีกทั้งยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choksomngam, Jiraporncharoen, Angkurawaranon, Pinyopornpanish และ Narkpongphun พบว่าความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล¹⁶ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ Inta และ Teaktong ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยและจำนวนชั่วโมงที่ดูแล ไม่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อภิปรายได้ว่าผู้ดูแลมีลักษณะที่เฉพาะบุคคล หากผู้ดูแลมีความเข้าใจให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ ไม่รับรู้ถึงการเป็นภาระก็สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้¹⁷

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าซึ่งปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลสัมพันธ์กับการเผชิญกับความเครียดแบบเผชิญกับปัญหา และการจัดการกับปัญหาแบบทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .21, .22$ ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่า บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการประเมินความเครียดที่ต่างกัน และเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่เลือกใช้แบบวิธีเผชิญกับปัญหา และเมื่อต้องเผชิญปัญหาเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบทางอ้อม ผู้ดูแลต้องปรับใจตนเองทำใจยอมรับกับปัญหา และหาวิธีที่จัดการกับตนเอง ทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายจนทำให้ตนเองดีขึ้น¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Akpan-Idiok, Ehiemere, Asuquo และ Osuchukwu ที่พบว่าปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเผชิญความเครียดที่ผสมผสาน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้การเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับปัญหาแบบ

ทางอ้อม¹⁹ และยังพบปัจจัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลแบบการจัดการกับอารมณ์และแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ($r = .29, .29$ ตามลำดับ) การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ สมาธิและสติปัญญาสัมพันธ์ทางบวกกับแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ($r = .21$) การแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยสัมพันธ์ทางบวกกับแบบการจัดการกับอารมณ์ และแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ($r = .22, .28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งอภิปรายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างกันย่อมส่งผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน การจัดการความเครียดแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม เป็นลักษณะที่บุคคลรับรู้สถานการณ์ที่เกิดและสร้างปัญหาให้กับตนเองแล้ว แต่ไม่พยายามที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงให้สถานการณ์ดีขึ้น บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนี้เพื่อลดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ให้ดีขึ้นตามความรู้สึกลงก่อนเพื่อให้ตนเองมีเวลาคิดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำ สมาธิและสติปัญญา การแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรเตรียมผู้ดูแล ทั้งในด้านการให้ความรู้และการประคับประคองทางจิตใจ เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมให้ผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถนำผลการวิจัยไปวิจัยต่อเนื่องในการสร้างโปรแกรมการผ่อนคลายความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะเขตพื้นที่ควรขยายผลไปยังพื้นที่อื่นเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลในชุมชนเมือง
2. ควรมีการสร้างโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มโรคอื่นเพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือครอบคลุมได้อย่างเหมาะสม

References

1. Kwansanit P. and Srisurapanont M. The parameters for calculating the burden of schizophrenia in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2018; 26(1):50-62. (In Thai)
2. Damruk P. and Thongprapai P. Medication adherence in home patients with schizophrenia: a care scheme developed in community in Yala province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019;6: 29-42. (In Thai)
3. Juntapim S., Nuntaboot K. Care of schizophrenia patients by the community. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018; 36(2): 68-76. (in Thai)
4. Samuthrsindh P., Wilakarat J., Chomchern R., Kittipongpisan S. The development of functional ability assessment tool for chronic schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 2017; 24:189-201. (In Thai)
5. Parnichsan L., Uthis P. The effects of family intervention program on family functions of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2018; 32: 90-103. (In Thai)
6. Sanprakhon P., Chusri O., Wongwiseskul S. Effects of family caregiving support on caregiving burden among family caregivers of older person with dementia. *Journal of Health and Nursing Research*. 2020; 36(3): 45-56. (In Thai)
7. Namlao W., Nabkasorn C., Vatanasin D. Factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia in Sakaeo Rajanagarindra psychiatric hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2018; 29:24-35. (In Thai)
8. Dhandapani M, Gupta S. Specific health effects of care-giving stress and its management. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; 15(2):53.
9. Kongnirundon S., Vatanasin D., and Nabkasorn C. Factors influencing burden among caregivers of patients with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2018; 32(3): 118-32. (In Thai)
10. Limthongkul M., Aree S. Sources of stress, coping strategies, and outcomes among nursing students during their initial practice. *Rama Nurs J*. 2019; 15:193-205. (In Thai)
11. Smithnaraseth A. Coping and adaptation of family caregivers with Schizophrenia Patients. *EAU Heritage Journal Science and Technology*. 2017; 11(3):43-56. (In Thai)
12. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ., Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 1990; 25: 32-6.
13. Patsadu P. Family caregiver's stress, coping, and management of behavioral and emotional problems following traumatic brain injury [graduate's thesis]. Nakhonpathom: Mahidol University; 2013. (In Thai)

14. Mahatnirunkul S., Pumpaisanchai V., Tapunya P. Developmental Suanprung stress test. Changmai: Suanprung; 1997. (In Thai)
15. Sutayakorn N. Relationship between family coping behavior and confidence in dependent care of stroke patients [graduate's thesis]. Nakhonpathom: Mahidol University; 1988. (In Thai)
16. Choksomngam Y., Jiraporncharoen W., Angkurawaranon C. Pinyopornpanish K. and Narkpongphun A. The prevalence and factors associated with stress in caregivers of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Academic Psychiatry and Psychology Journal. 2019; 35(2): 121-32. (In Thai)
17. Inta J., Teaktong T. The effects of the stress therapy program for caregivers of patients with schizophrenia in community hospitals, Pathumthani. Academic Psychiatry and Psychology Journal. 2019; 15(1): 223-34. (In Thai)
18. Pothiban L., Khampolsiri T. Stress and stress-coping behaviour in caregivers of older adults having parkinson's disease. Thai Journal of Nursing Council. 2019; 34(2) 62-75. (In Thai)
19. Akpan-Idiok PA, Ehiemere IO, Asuquo EF, Ukeunim Chabo JA, Osuchukwu EC. Assessment of burden and coping strategies among caregivers of cancer patients in sub-Saharan Africa. World J Clin Oncol. 2020; 11(12): 1045-63.
20. Yongpattanjit S., MonKong S. and Sutti N. Caregivers' stress and coping with stress from caring for terminally ill patients in a palliative care unit. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020; 35(2) 116-31. (In Thai)