



นิพนธ์ต้นฉบับ ปัญหาทางอารมณ์ และการจัดการกับปัญหา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล สงขลาราชนครินทร์

ศรีสุดา วนาลีสิน, พย.ม. *
ทิพย์ภา เชนฐ์ชาวลิศ, วท.ม. *
พรรณนี อ่าวเจริญ, วท.บ. **
จิตต์ดดา ไชยมงคล, วท.บ. **

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ภาระการดูแลที่ยาวนานก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์กับผู้ดูแลหลายด้าน ซึ่งการเกิดปัญหาและการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลจะสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 16 คนเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยจิตเวชมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล และสนทนากลุ่มร่วมกับใช้เทปบันทึกเสียง การสังเกต การเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลมีปัญหาทางอารมณ์ 6 กลุ่มปัญหา คือ 1) เป็นห่วงสงสาร 2) เครียด หงุดหงิด โกรธ 3) วิตกกังวล 4) ท้อแท้ อ่อนล้า เสร้า 5) รู้สึกผิด และ 6) รู้สึกเป็นดราม่า และมีการเผชิญปัญหา 6 วิธี คือ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย การปรับวิธีการคิด การปฏิบัติตามความเชื่อและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม การประนีประนอม และการเก็บไว้คนเดียว ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดปัญหาทางอารมณ์ต่อไป

คำสำคัญ : ปัญหาทางอารมณ์ การจัดการกับปัญหา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

* ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์

** หอผู้ป่วยจิตเวช ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์



Emotional Problems and Coping of Psychiatric Patients' Caregivers of The Hospital in Songkhla Province

*Srisuda Vanaleesin, M.S.N.**

*Tippa Chetchaovalit, M.Sc.**

*Pannee Aowchareon, B.Sc.***

*Chitladda Chaimongkol, B.Sc.***

Abstract

Most of psychiatric illness are chronic conditons, so there are several emotion problems caregivers. Emotional problems and coping strategies of caregivers are related to patient's symptoms. This study aimed to describe emotional problems and coping strategies of psychiatric patients' caregivers. The participants in this study were 16 primary caregivers selected purposivly who offen brought patients to the psychiatric ward at Songklanagarind Hospital. Data were collected by in-depth individual interviews, focus groups using audio tape recorded, observations, and home visits. The data were analyzed by content analysis. The findings of this study revealed that caregivers had six emotional problems including: 1) concerning and sympathy 2) stress and anger 3) anxiety and worrying 4) desparation and grief 5) guilt feeling and 6) social stigma. There were six coping strategies: relaxation practice, Cognitive improvement, practice on sacred belief, seeking support, compromising and keeping problem in side. The results is useful in provision services for basic information for caregivers.

Key words : Emotional problem, coping, psychiatric patients' caregivers

* Nursing Faculty Prince of Songkla University

**Psychiatric ward Songklanagarind Hospital

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ในปัจจุบันมีการพัฒนาการรักษาและการพยาบาลจิตเวช¹ ผู้ป่วยจิตเวชจึงมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตของชาติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 สนับสนุนให้มีโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน² ผู้ป่วยจึงถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น เวลาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเวชจึงอยู่ที่บ้าน

ขณะที่ผู้ป่วยพักอยู่ที่บ้าน สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวช ถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลในขณะที่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และสามารถดูแลตนเองได้เพียงบางส่วน การดูแลที่เหลือจึงตกเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ เช่น การปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นตราบาปกับการที่มีผู้ป่วยโรคจิตในครอบครัว การพักผ่อนน้อยลง³ สัมพันธภาพกับสังคมภายนอกน้อยลง เกิดความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว⁴ เผชิญกับปัญหารุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาผู้ป่วย สภาพดังกล่าวข้างต้นส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ดูแล⁵

คณะผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชให้มีสุขภาพจิตดีมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมในรอบ 10 ปีไม่พบการศึกษาถึงปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรูปแบบของการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนั้นเพื่อให้การช่วยเหลือได้สอดคล้องกับความต้องการ

ต้องการของผู้ดูแล คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยเหลือเพื่อลดปัญหาทางอารมณ์และเพิ่มพูนทักษะในการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 16 คน เป็นบิดา มารดา และคู่สมรสของผู้ป่วย อายุมากกว่า 20 ปี รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร อยู่ในสภาพที่สามารถให้ข้อมูลและตอบคำถามได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลาและจังหวัดใกล้เคียงที่สามารถเดินทางไปมาสะดวก ไปได้กลับได้ภายใน 1 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรคที่เป็น จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้าทำการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ขณะนั้น แนวการสัมภาษณ์ปัญหาทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วยเหตุการณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในการดูแล อาการของผู้ป่วย การดำเนินชีวิตของผู้ดูแล แนวการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย มีวิธีการจัดการอย่างไรเมื่อเกิดเหตุการณ์หรือความรู้สึกต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในการสัมภาษณ์ปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาจะมีการใช้คำถามเจาะลึกไปเรื่อย ๆ (probe question)

การหาความตรงตามเนื้อหาของแนวการสัมภาษณ์ (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแนวการ

สัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นทั้งหมดไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลจิตเวชชุมชน 1 ท่าน หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงด้านภาษาและเนื้อหาเพื่อให้มีความเหมาะสมทางด้านภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ ที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิและหลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปทดลองใช้กับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจข้อคำถามระหว่างผู้สัมภาษณ์และกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนที่จะนำมาใช้จริง

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนากลุ่ม และการเยี่ยมบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ การสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ตามแนวการสัมภาษณ์ที่ได้สร้างขึ้นจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัวพร้อมกับใช้เทปบันทึกเสียงหลังได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ร่วมกับการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่พบเพื่อช่วยในการทำความเข้าใจกับข้อความที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึง รวมทั้งใช้เทคนิคการสื่อสารต่าง ๆ การสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 3-5 คน และทีมผู้วิจัย 2-3 คน ใช้ประเด็นปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหามาการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม รายละเอียด 1 ครั้ง ใช้เทปบันทึกเสียงร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมในการสนทนากลุ่ม เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียด 1 ครั้ง เพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ดูแล โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ส่วนข้อมูลด้านปัญหาทาง

อารมณ์และการจัดการกับปัญหาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่ของข้อมูล แยกเป็นปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหา ต่อจากนั้นจึงแยกประเด็นของกลุ่มปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหา

การควบคุมความตรงและความเชื่อมั่นของผลการศึกษา โดยได้คำนึงถึงความสามารถของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยทั้ง 4 คน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการสนทนากับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 5 ปีและได้นำเทคนิคการสนทนาต่างๆ มาใช้ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเปิดเผยข้อมูลให้มากที่สุด หลังการสัมภาษณ์และสังเกตได้มีการตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับกับกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมวิจัยและการให้ข้อมูลเป็นความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมจะขอยกเลิกการร่วมวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ ทีมผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือ โดยการบำบัดทางด้านจิตใจ หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะหากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางอารมณ์ ในขณะที่ให้ข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีปัญหาดังกล่าว

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากเวชระเบียนและการส่งตรวจจากร่างกายมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เรียบร้อยแล้ว

ผล

ผู้ดูแลทั้งหมด 16 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.25 เพศชายร้อยละ 18.25 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นมารดาร้อยละ 75 รองลงมาเป็นบิดาร้อยละ 18.75 และเป็นภรรยาร้อยละ 6.25 ประกอบอาชีพรับราชการร้อยละ 37.5 รองลงมาเป็นแม่

บ้านร้อยละ 31.25 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 93.75 อายุของผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 40-65 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.75 มีเพียง 1 รายนับถือศาสนาอิสลาม การศึกษาของผู้ดูแลส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 50 รองลงมาอนุปริญาร้อยละ 25 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.75 ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 31.25 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 68.75 รองลงมา 6-10 ปีร้อยละ 25 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่สุขภาพดี มีร้อยละ 12.5 ที่มีอาการปวดศีรษะและแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยจำนวน 16 ราย เป็นผู้ชายร้อยละ 62.5 ผู้หญิงร้อยละ 37.5 อายุระหว่าง 21-30 ปีร้อยละ 62.5 รองลงมาอายุระหว่าง 15-20 ปีร้อยละ 25 อายุระหว่าง 31-40 ปีและมากกว่า 40 ปีร้อยละ 6.25 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.75 ศาสนาอิสลามร้อยละ 6.25 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75 ประถมศึกษาร้อยละ 18.75 อนุปริญาร้อยละ 6.25 อาชีพนักศึกษาเท่ากับ ไม่มีอาชีพคือร้อยละ 31.25 เกษตรกรร้อยละ 18.75 ขณะรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยทุกคนไม่มีรายได้ โรคของผู้ป่วย Bipolar disorder with psychosis ร้อยละ 56.25 รองลงมา Schizophrenia ร้อยละ 31.25 และ Psychosis ร้อยละ 12.5

ปัญหาทางอารมณ์ จากการศึกษาภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สามารถจำแนกปัญหาทางอารมณ์ของผู้ดูแลเป็น 6 กลุ่มเรียงตามลำดับความถี่ของปัญหาดังนี้

เป็นห่วง สงสาร พบร้อยละ 93.75 ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรู้สึกเป็นห่วงสงสาร กลัวผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ห่วงเขาทุกอย่าง ...การดูแลตัวเอง คือ บางครั้งจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้”

“ฉันมาทุกวัน มาแล(ดูแล)ลูก ไม่มาไม่ได้ ขังใจ (เป็นห่วง)จริง ๆ อยากให้ลูกหาย”

“กลับมาจากเยี่ยมลูกที่โรงพยาบาลน้ำตาคลอ สงสารลูก” “ฉันร้อง (ร้องไห้)...เห็นสภาพลูกอยู่ พัน(แบบ)นั้น ร้อง (ร้องไห้)...เห็นดู (เห็น) ลูก เพื่อน เขาคนเฒ่า(ผู้ใหญ่) เพ (ทั้งหมด) มันเียด (อายุน้อย) คนเดียว หลบบ้าน(กลับบ้าน)ไม่รอด(ไม่ไหว) หลบ (กลับ)ไม่ได้”

“พอเป็นห่วงพอกังวลว่าลูกไม่สบายแล้วเรียน ไม่ได้”

เครียด หงุดหงิด โกรธ พบร้อยละ 81.25 จากการดูแลผู้ป่วยที่มี อารมณ์แปรปรวนได้ง่าย ผู้ดูแลต้องดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้เกิดความรู้สึกเครียดหงุดหงิดได้ ดังที่ผู้ดูแลกล่าวว่า

“อารมณ์ตอนนี้มันก็หงุดหงิด ไม่ค่อยสบายใจ ที่หงุดหงิด หลายอย่าง เรื่องเงินทอง เรื่องโน้นเรื่องนี้ บ้าง”

“โกรธคนอื่นที่ไม่เข้าใจลูก เวลาพาไปศูนย์ การค้าคนมองและหันไปซุบซิบกัน ไม่ได้อายแต่โกรธ โกรธทั้งเขาทั้งเรา”

“รู้สึกวุ่นวายเวลานี้เวลาผ่านไปมันเป็นแล้ว มันเป็นทุกข์ (เครียด)เครียดกันทั้งบ้านเวลาเขาไม่สบาย”

“บางครั้งเราก็เครียด รู้สึกกดดันเหมือนกัน พอเขามีอารมณ์เราก็มีอารมณ์ไปด้วย มันก็ยิ่งแย่”

วิตกกังวล พบร้อยละ 75 ผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยว่าจะรักษาไม่หายค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยและจะถูกรังเกียจจากสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่ค่อยสบายใจ กังวล (วิตกกังวล) เรื่องลูก เนี่ย (นี้แหละ) อะ ทุกอย่างเลย โรคเขา การเป็นอยู่เขา ตัวเขา”

“หนูกังวล (วิตกกังวล) เรื่องเงินอะ หนูก็ไม่รู้ จะทำอะไร หนูกลัวใจเหมือนกัน หนูก็หนักใจเรื่องนี้คุณหมอ เรื่องเงินเรื่องทองนี่ เพราะว่าไม่มีใครช่วย หนู”

“กลัว (วิตกกังวล) เหมือนกัน เห็นอาการไม่ดี ไม่สบายใจบางทีกลัวจะถึงชีวิตอะไรแบบนั้น (อย่างนั้น)”

“แม่ก็กลัวใจ..เป็นทุกอย่างอย่างเดียวก๊ว (วิตกกังวล) แกไม่หาย”

“อ้าย โรคนี้ คนส่วนใหญ่ไม่รู้ละ ถ้ารู้เขาจะรังเกียจ ที่นี้ลูกผมเป็น ผมกลัว (วิตกกังวล) คนจะรังเกียจ”

ท้อแท้ อ่อนล้า เสร้า พบร้อยละ 43.75 จากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานติดต่อกัน ผู้ดูแลจะรู้สึกอ่อนล้า ท้อแท้ บางช่วงจะรู้สึกเศร้า ดังคำกล่าวที่ว่า

“เหนื่อยในใจฉัน (อ่อนล้า) สา (รู้สึก) ว่าเหนื่อย นั่งเหนื่อยใจ เหนื่อยกาย ไม่ทราบเวลกรรมแต่ชาติไหนที่ฉันได้เป็นพนัก (อย่างนี้) ฉันนี่ๆ เหนื่อยใจที่ลูกไม่หายง่าย (หายช้า)”

“รู้สึกเบื่อคน ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร มีอารมณ์เศร้า จิตใจหดหู่ในช่วงที่ลูกมีอาการ”

“เหนื่อยมาก (อ่อนล้า) ที่ต้องดูแลเมื่อผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้”

รู้สึกผิด พบร้อยละ 37.5 ผู้ดูแลคิดว่าตนเป็นสาเหตุและทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากเลี้ยงดูไม่ดี ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา ไม่ได้ช่วยตัดสินใจและไม่ได้พาผู้ป่วยไปรักษาในสถานที่ที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือดูแลเขาไม่ดีเขาเลยเป็นแบบนี้ (อย่างนี้)”

“รู้สึกผิดที่ปล่อยให้ลูกตัดสินใจเรื่องย้ายที่พัก พอบอกว่าแล้วแต่ลูก รู้สึกผิดที่ยอมให้ลูกตัดสินใจแบบนี้”

“รู้สึกผิดที่พาถูกไปหาหมอพระ เมื่อถูกพูดว่าพอเรียนมาสูงเสียเปล่า แต่ไปสนใจเรื่องไสยศาสตร์”

“มะ (แม่) ผิดว่าไม่ได้ใช้งาน ...ตามใจจะเอาอะไรให้ทุกอย่าง”

รู้สึกเป็นตราบาป พบร้อยละ 6.25 ในปัจจุบันการเจ็บป่วยทางจิตยังไม่เป็นที่ยอมรับ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและคนในสังคมไม่เข้าใจ

สาเหตุของการเจ็บป่วยทำให้ญาติรู้สึกอับอายไม่อยากให้คนอื่นรู้เมื่อมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เคยเล่าเรื่องลูกให้เพื่อนฟัง หนูคิดว่าเล่าไป เขาก็หัวเราะเยาะเราอีกว่าลูกเราเกิดมาเป็นโรคนี้ คนข้างบ้านก็ไม่มีใครรู้”

“กังวลว่าคนจะรู้ญาติว่าเสียชื่อหมด”

การจัดการกับปัญหา ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาหลายวิธีผสมผสานกัน ซึ่งสามารถแยกแยะได้ 6 วิธี โดยเรียงลำดับความถี่ของการใช้ดังต่อไปนี้

การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย จากการศึกษาพบว่า เป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุด ร้อยละ 93.75 ผู้ดูแลมีรูปแบบการผ่อนคลายที่คล้ายคลึงกัน เช่น การอ่านหนังสือ ดูทีวี คุยกับญาติ ไปวัดทำบุญ ฟังพระเทศน์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“หนูก็อ่านหนังสือ ดูทีวี บางทีถ้าเบื่อหนูก็ไปเดินเที่ยวให้มันสบายใจ หนูชอบไปเดินไดอาน่า (ศูนย์การค้า) คนเดียว”

“เวลาไม่สบายใจจะคุยกับพี่สาวเล่าให้เพื่อนที่ทำงานฟัง”

“ร้องเพลง คุยเรื่องตลกกับลูก”

“เดินออกกำลังกาย”

“กลางวันปาก็เย็บผ้าทำอะไรไปเรื่อยๆ ตัดเสื้อใส่เอง ตัดให้ลูกสาวบ้าง ใครมาให้ทำอะไรก็ทำให้ทำเพื่อไม่ให้เครียด”

“บางที่ต้องผ่อนคลาย ดูหนังร้องเพลง”

“ไปวัดบ้างแต่ว่าไม่ค่อย ไปแล้วก็สบายใจ”

“ฟังพระเทศน์ทางทีวีตอนเช้าช่วยได้มากเลย ค่ะ ก็พาเก (ผู้ป่วย) ไปทำบุญตักบาตร กรวดน้ำ...”

การปรับวิธีการคิด การปรับวิธีการคิดเป็นวิธีจัดการกับปัญหาที่ผู้ดูแลใช้ร้อยละ 87.5 และผู้ดูแลมีพื้นฐานการคิดที่หลากหลาย คิดว่าเป็นเรื่องของกรรม พยายามทำใจยอมรับ คิดในเชิงบวก เช่น คิดว่าคนอื่นเป็นมากกว่าเรามีความหวัง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉันว่าลูกฉันต้องหาย ต้องรักษาให้หาย ต้องหาหมอให้พบ หมอที่ดีต้องมี”

“ต่อสูชีวิตต่อไปบอกตัวเองว่า มานะ (พยายาม)”

“จิตใจจะสำคัญ ตั้งใจให้มันว่าลูกเราต้องหาย ต้องพยายามให้ถึงที่สุด เราช่วยลูกจนกว่าจะหมดความสามารถของเรา”

“บางทีแล้วแต่เวรแต่กรรม เป็นกรรมร่วมกัน มาด้วยกัน เรามีกรรมยังงี้ (อย่างไร) ก็ต้องยอมรับสภาพ”

“หนูเชื่อ...กรรมมีจริง หนูคิดว่าเมื่อก่อนหนู ทำเวรทำกรรมอะไรไว้ ลูกหนูถึงเป็นแบบนี้”

“ยอมรับสภาพ ต้องยอมรับแล้วมันก็จะทำให้เราสบายใจ”

“ทำใจ รู้อยู่แล้วว่าเขาเป็นอย่างนี้ เป็นอะไรอย่างนี้”

“เพราะว่าผมจะปลง พอสักพักผมจะปลง ถ้าไม่ปลงผมตายผมไม่อยู่บัดนี้ (เดี๋ยวนี้) หรือก”

“แต่บางทีผมเครียดมากๆ ผมจะปลง มันจะต้องเป็นอย่างนี้ คือยอมรับมันแล้วมันจะทำให้เราสบายใจ”

“พอเห็นคนอื่นเขาหนักกว่าเรา รู้สึกว่าด้านจิตใจดีขึ้นมาก”

“คิดว่าตนเองต้องเข้มแข็ง ป่วยไม่ได้เพราะไม่มีใครแล้ว”

การปฏิบัติตามความเชื่อและสิ่งศักดิ์สิทธิ์
ผู้ดูแลร้อยละ 87.5 จะปฏิบัติตามความเชื่อที่มีอยู่เดิม ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่นการเปลี่ยนชื่อให้เป็นมงคล อธิษฐาน สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำพิธีกรรมต่างๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ชื่อ.... หมอเขาว่าอัปมงคล ให้เปลี่ยนเป็น.... ฉันก็เลยเปลี่ยน ต้องการให้ลูกหาย”

“กาด (อธิษฐาน) สิ่งศักดิ์สิทธิ์ กาดให้ลูกหาย ให้หายให้เหมือนลูกเพื่อน (ลูกคนอื่น)”

“หมอช่วยแลที (ถามหมอ) นี่เขาว่าเอาไม้

ตะเกียนมาทำบ้านม่าย (ใหม่) ไม่ตะเกียนกับไม้ตายยอด (ไม้ยืนต้นตาย) เขาไม่ให้เอามาทำบ้านทำเรือน”

“ตั้งหัวใจ (ตั้งใจ) อธิษฐาน ว่าให้ลูกหาย ต้องหายให้ได้ ตั้งจิตอธิษฐาน”

“หมอ (หมอ) ว่าอยู่ในเคราะห์ ให้ไปสะเดาะเคราะห์”

“ไปวัด ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ฉันขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ลูกฉันหาย”

“ที่ว่าไปหาหมอหาใคร (รักษาอย่างอื่น) นั้น สารพัดเหมือนกัน ทำเป็นตายแล้วเกิดใหม่ เหาวิญญูณ ชื่อ โลงศพ ชื่อสารพัดเลย เปลี่ยนชื่อเราทำทุกอย่าง”

การหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ผู้ดูแลสนใจและพยายามเข้ากลุ่มทางสังคมร้อยละ 43.75 เช่น เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ หาข้อมูลเพิ่มจากที่ต่าง ๆ เพื่อพาผู้ป่วยไปรักษาดังกล่าวที่ว่า

“ช่วงนั้นไปหาทั้งหมอบ้าน (หมอฟันบ้าน) หมอหลวง (แพทย์แผนปัจจุบัน) ใครว่าหมอไหนดี พาไปรักษา”

“ผมไม่รู้ว่าจะแก้อย่างไร นอกจากพบแพทย์ พบพยาบาล อย่างเดียว ผมไม่รู้ ความรู้ไม่มี แต่พยายามจะศึกษาอยู่เหมือนกัน”

“บางทีผมก็โทรศัพท์มาถาม (รบกวน) บางทีผมพามา (โรงพยาบาล) คือไม่รู้จะระบายยังงี้ (อย่างไร)”

“ได้มาพูดคุยกับเพื่อนๆ ที่เขาเคยเป็นมาแล้ว พี่ก็มีกำลังใจ”

“พยายามที่จะหาวิธีรักษา ลูก ตามคำแนะนำของญาติ เช่น หาพระ หมอแขก (หมอฟันบ้านซึ่งเป็นที่นับถือของศาสนาอิสลาม) พอไม่สบายก็รักษาทางหมอบ้านจนหมดกลวิธี ก็วิ่งมารักษา (รักษาที่) โรงพยาบาล”

การประนีประนอม พบร้อยละ 43.75 ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ดูแล ใช้ความยืดหยุ่นในการเผชิญปัญหา ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและคนอื่นๆ โดยการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในบางเรื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขาบอกว่า มาม่าอยากเดินเที่ยว หนูก็พาไป”

“ลูกจะไปสมัครเป็นนักร้องที่โรงแรม... พ่อ
รุ่งเช้า (ตอนเช้า) ฉันชวนหลานที่บ้านพาไปโรงแรม
คือเอาใจลูกให้สบายใจสักพัก (ระยะหนึ่ง)

“เมื่อผู้ป่วยมีความขัดแย้งกับยาย บอกลูกว่า..ลูก
นะ ยายแก่แล้วอยู่ไม่ถึงร้อยปี หนๆ แก่สักนิด”

“แกพูดอะไร ก็ให้อภัยแกบ้าง แต่ถ้าเรามี
อารมณ์ เราก็ถอยออกมาสักนิด”

การเก็บไว้คนเดียว ผู้ดูแลร้อยละ 18.75 กล่าว
จะถูกรังเกียจจึงไม่กล้าพูดกับใคร ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางคนเขารังเกียจมากเลย ลูกผมผมไม่ให้เขา
รู้ ไม่บอกเขาละ ผมก็พยายามปิดเท่าที่จะปิดได้”

“หนูเก็บไว้ในใจ ไม่ได้ปรึกษาใคร”

“เวลามีเรื่องไม่สบายใจ หนูจะเก็บไว้เฉยๆ ไม่
เล่าให้ใครฟัง”

“อยู่ที่บ้านไม่ค่อยได้คุยกับใคร”

วิจารณ์

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ
93.25 เป็นบิดามารดา ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่าง
แน่นแฟ้น พร้อมจะทำทุกอย่างให้ลูกหายป่วย จึงพบว่า
ปัญหาทางอารมณ์ด้านความรู้สึกเป็นห่วง สงสาร มีมาก
ที่สุด เป็นผลให้เกิดแรงจูงใจที่จะหาวิธีช่วยเหลือดูแล
ผู้ป่วยอย่างดีที่สุด รวมทั้งการนำผู้ป่วยมารักษาใน
โรงพยาบาล แต่เนื่องจากโรคทางจิตเวชมีการดำเนิน
โรคเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ
ในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือ
ตนเองไม่ได้ จึงพบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด หงุดหงิด
โกรธ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญพนมพร ธรรม
ไทย⁷ พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเกิด
จากผู้ป่วยบกพร่องในการดูแลตนเอง การเรียน มี
พฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีปัญหาการรักษาพยาบาล การ
เงินและความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลกับคนอื่นๆ ปัญหา
ทางอารมณ์ด้านความวิตกกังวล พบว่าผู้ดูแลจะวิตก

กังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกลัวผู้ป่วยไม่หายจากโรค
กลัวเป็นกรรมพันธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ
Doombos⁸ ที่ศึกษาพบว่าปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ผู้ใหญ่คือร้อนรุ่มกลุ้มใจไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย
ใครจะเป็นคนดูแลผู้ป่วยในอนาคตและสอดคล้องกับ
การศึกษาของ Czuchta และ McCay⁹ ที่ศึกษาพบว่าพ่อ
แม่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอาการรุนแรง กลุ้มใจเกี่ยวกับการ
เป็นอยู่ของผู้ป่วยในอนาคตกลัวว่าจะไม่มีคนดูแลผู้ป่วย
เมื่อตนเสียชีวิตไปแล้ว ผู้ดูแลบางส่วนรู้สึกท้อแท้ อ่อน
ล้า เศร้า ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้าในผู้
ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาของ Salleh¹⁰ ที่
ศึกษาพบว่าร้อยละ 26 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความ
ผิดปกติทางจิตและครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลเหล่านี้ได้รับการ
วินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ
Teschinsky¹¹ พบว่าพ่อแม่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึก
โศกเศร้าเป็นเวลานาน และผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความคิด
ว่าตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย จากการ
เลี้ยงดูไม่ถูกต้อง ตามใจผู้ป่วยมากเกินไปและเมื่อป่วย
แล้วให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดีทำให้เจ็บป่วยมากขึ้นจึงรู้สึก
ผิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Wanda และ Mary¹² ที่
ศึกษาในพ่อแม่ของผู้ป่วยเป็นโรคจิต พบว่าพ่อแม่ตำหนิ
ตัวเองว่าดูแลผู้ป่วยไม่ดีหรือดูแลไม่เต็มที่ นอกจากนี้
ผู้ดูแลร้อยละ 6.25 รู้สึกเป็นตราบาปรู้สึกอายกลัวคนอื่น
ไม่ยอมรับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Doornbos⁸
พบว่าร้อยละ 10 ของผู้ดูแลมีปัญหา แต่เป็นประเด็น
ที่สำคัญเพราะทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมเนื่องจากมี
พฤติกรรมแปลกๆ การดูแลตนเองบกพร่อง และมี
แนวโน้มของพฤติกรรมแยกตัวและความรู้สึกนี้ทำให้
ผู้ดูแลแยกตัวจากสังคม เพราะคิดเองว่าสังคมจะรังเกียจ
ที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิต ญาติของผู้ป่วยจิตเภทเริ่มรู้สึก
ว่าเป็นตราบาปทางสังคม ตั้งแต่ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็น
โรคจิตเภท¹¹

ส่วนการจัดการกับปัญหาพบว่า ผู้ดูแล
ทุกคนพยายามจะหาวิธีปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการ

ผ่อนคลาย โดยการดูโทรทัศน์ เดินเล่น พูดคุยกับคนสนิท ทำใจให้ยอมรับ สวมนต์ ไปวัด ฟังพระเทศน์ ถือเป็นวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สามารถเสริมสร้างพลังแห่งชีวิต และรักษาภาวะตึงเครียดทางจิตใจและอารมณ์¹³ นอกจากนี้การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาจะทำให้มีกำลังใจ ที่จะหาแนวทางในการจัดการกับปัญหา¹⁴ และยังเป็นภูมิคุ้มกันโรคทางจิตวิญญาณ¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนกพร จิตปัญญา¹⁶ ที่ศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ป่วยระยะวิกฤตใช้มากคือ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณ การปรับวิธีการคิด โดยการคิดเชิงบวกเป็นแนวทางที่ผู้ดูแลปฏิบัติรองลงมา โดยการทำให้ยอมรับผู้ป่วย ยอมรับการรักษาลดความวิตกกังวล ความเครียดและความรู้สึกที่เป็นตราบาปลงได้ ส่งผลให้นำผู้ป่วยมารักษาเร็วขึ้น นอกจากนี้การนำหลักคำสอนทางศาสนามาเป็นข้อคิดเตือนใจก็เป็นวิธีการทำให้ชีวิตมีความสุขและสามารถอยู่ในภาวะสมดุลได้ดียิ่งขึ้น เพราะช่วยลดข้อขัดแย้งภายในใจลงได้¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บาลทิพย์ อภรณ์ เชื้อประไพ สิลปี ทิพมาส ชิมวงศ์ และ นฤมล อนุมาศ¹⁷ ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด พบว่าการคิดแต่สิ่งดีๆ ทำใจให้ยอมรับ ถือว่าเป็นการเยียวยารักษาสุขภาพจิตใจให้สามารถเผชิญกับสภาวะของโรคได้ การปฏิบัติตามความเชื่อและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้ดูแลนำมาใช้ เนื่องจากในสังคมไทย มีความเชื่อเกี่ยวกับพิธีกรรม สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ไสยศาสตร์ต่างๆ ที่สืบทอดกันมา¹⁸ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางจิตจึงมีการดูแลรักษาตามความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ เพราะเชื่อว่าผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการถูกกระทำหรือถูกลงโทษจากสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้ดูแลจึงแสวงหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการไปหาหมอเข้าทรง เพื่อให้รู้ว่าผู้ป่วย ป่วยจากสาเหตุอะไรและจะแก้ไขอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของสงวนศรี แต่งบุญงาม¹⁹ ที่

ศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากผลกรรมจากชาติก่อน ถูกผีสิง ถูกเวทมนต์ และการศึกษาของถนอมศรี อินทนนท์ อรพรรณ หนูแก้ว และศรีสุดา วนาลีสิน²⁰ ที่พบว่า คนที่มีปัญหาสุขภาพจิต เลือกปรึกษาหมอ และพึ่งพาสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ และการศึกษาของทิพย์ภา เชมภูเชาวลิต อรพรรณ หนูแก้ว สุรพันธ์ ปราบกริและ เยาวนาถ สุวลักษณ์²¹ พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชเชื่อว่าอาการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากการถูกของ อยู่ใคราะห์ จึงพาผู้ป่วยไปหาหมอเข้าทรงเพื่อหาสาเหตุและวิธีการแก้ไข เช่นพาผู้ป่วยไปปรึกษา ด้วยการรณรงค์ หรือการสะเดาะเคราะห์ ส่วนการหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมเป็นวิธีการที่ผู้ดูแลใช้จัดการกับปัญหาโดยแสวงหา การสนับสนุนจากญาติพี่น้องเพื่อนฝูง บุคลากรทีมสุขภาพ การได้มาพบปะพูดคุยในกลุ่มญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นวิธีที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้จัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น²² สอดคล้องกับการศึกษาของ Ip และ Mackenzie²³ ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่จำเป็นการให้ข้อมูลจากบุคลากรวิชาชีพ การประทับประคองทางอารมณ์กับเพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง ช่วยลดความเครียดและช่วยให้การจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในประเทศฮ่องกงได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่กำลังเผชิญหน้ากับปัญหา การประนีประนอม ก็เป็นการจัดการกับปัญหาที่ผู้ดูแลสามารถลดความตึงเครียดให้กับผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ช่วยทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการลดความเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับคนอื่น ๆ ซึ่งผู้ดูแลบอกว่ารู้สึกสบายใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือเมื่อผู้ป่วยยอมรับ และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เผชิญนั้นได้ สำหรับการเก็บไว้คนเดียว ไม่กล้าปรึกษาหรือบอกเล่าใคร และไม่ทราบว่าจะบอกคนอื่นอย่างไร ซึ่งลักษณะการจัดการกับ

ปัญหาเช่นนี้ มักจะเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สังคมมีทัศนคติในทางลบ ทำให้ครอบครัวกลัวว่าจะถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Phengiard, Brown, Swansen และ Scheep²⁴ ที่ศึกษาพบว่าประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อไวรัส เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ของครอบครัว จะมีความรู้สึกเป็นทุกข์จากการถูกรังเกียจ และไม่กล้าพูดถึงความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่น ซึ่งหากผู้ดูแลใช้วิธีการนี้ในการจัดการกับปัญหาอย่างต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาทางอารมณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพจำเป็นที่บุคลากรทางจิตเวชจะมีบทบาทในการจัดบริการให้การปรึกษาทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้ปรับอารมณ์ ความรู้สึกและมีวิธีการจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้นและควรพัฒนาวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น การดำเนินโรค การดูแล การรับประทานยา

เอกสารอ้างอิง

1. Reinhard S C. Living with mental illness : Effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Res Nurs Health* 1994;17 (2):79-88.
2. กรมสุขภาพจิต (2540) แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต.
3. Eakes G. Chronic sorrow. The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Arch Psychiatr Nurs* 1995;9 (2):77-84.
4. Gary F, Kavanagh K C. *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: J.B. Lippicott Company; 1991.
5. Song L Y, Biegel D E, Milligan S E. Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Ment Health J* 1997;33(4):3-16
6. ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *Rama Nurs J* 1996;2(1):84-93.
7. ขวัญพนมพร ธรรมไทย. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
8. Doornbos M M. The problems and Coping methods of caregiver of young adults with mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35 (9):22-6.
9. Czuchta D M, McCay E. Help seeking for parent individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15 (4):159-70.
10. Salleh M R. The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89: (3):180-5.
11. Teschinsky U. Living with schizophrenia: The family illness experience. *Issues Ment Health Nurs* 2000;21 (4):387-96.
12. Wanda K M, Mary J R K. Living in the fallout: Parent's experience when their child becomes mentally ill. *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15 (2):69-77.
13. โกสม เศรษฐาวงศ์. การดูแลสุขภาพจิตตนเองในยุค 2002 วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2545;16 (1):1-8.
14. วันดี สุพธรังษี, ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต,จินตนา เลิศไพฑูริย์ ประสบการณ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในการใช้ศาสนาพุทธดูแลสุขภาพจิต. *Thai J Nurs Res* 2545;6 (1):52-63.
15. พุทธทาสภิกขุ. แก่นพุทธศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมบุรพา; 2531.
16. ชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2545;16 (1):26-38.
17. ขวัญตา บาลทิพย์, อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, ทิพนาส ชินวงศ์, นฤมล อนุมาศ. การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด. วารสารสภาการพยาบาล 2545;17 (1):26-44.
18. สุภาพ พัสอ่อง. ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนได้. เอกสารการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 ณ อาคารเรียนรวม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2537.
19. สวงนศรี แดงบุญงาม. การศึกษาสภาวะทางสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2537.

20. อนุกรมศรี อินทนนท์, อรวรรณ หนูแก้ว, ศรีสุดา วนาลีสิน. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแก้ปัญหาสุขภาพจิต: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิต 2543;8 (1):37-48.
21. ทิพย์ภา เชษฐเจ้าวลิต, อรวรรณ หนูแก้ว, สุรพันธ์ ปราบกริ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเชิงพื้นที่บ้านในเขตภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารพยาบาลสงขลา-นรินทร์ 2542;19 (2):23-37.
22. Saunders J C, Byrne M M. A thematic analysis of families living with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs 2002;16 (5):217-23.
23. Ip G S H, Mackenzie A E. Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family cares in Hong Kong. Arch Psychiatr Nurs 1998;12 (5):288-94.
24. Phengiard J, Brown M A, Swansen K M, Scheep K G. Family caregiving of persons living with HIV/AIDS in urban Thailand. Thai J Nurs Res 2002;6 (3):87-100.