



การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

Individual Counseling and Stress of Psychiatric Patient's Caregivers

สุภาวดี ดิสโร^{1*}, จตุรพร แสงกุล²

Supawadee Disro^{1*}, Jaturaporn Sangkool²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตและเข้ารับการรักษาก่อนในของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงกันยายน พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบเอง ถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและใช้แบบวัดความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดก่อนและหลังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 65 ราย มีคะแนนความเครียดหลังรับการรักษาเชิงจิตวิทยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ($p\text{-value} < 0.001$) 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ($p\text{-value} < 0.001$) 3) ความสัมพันธ์ระหว่างญาติภายในครอบครัว ($p\text{-value} = 0.040$) และ 4) ความยุ่งยากในเรื่องต่างๆ ($p\text{-value} < 0.001$) จากผลวิจัยดังกล่าว ควรจัดกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลที่ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเน้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีและมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความเครียด, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช, การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล

*Corresponding author: Email: dsupawad@medicine.psu.ac.th, Tel: 06-41469245

Received: January 15, 2021; Revised: March 8, 2021; Accepted: March 12, 2021

¹ นักจิตวิทยา สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

² รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

¹ Psychologist Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110

² Assoc. M.D. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110

Abstract

This quasi-experimental research, one group pretest-posttest design aimed to compare the stress of psychotic in-patient caregivers after attending individual psychological counseling based on client-centered therapy. The data were collected among caregivers of psychotic patients who were diagnosed with psychotic disorders in Songklanagarind hospital between May 2017- September 2019. The data were collected from a self-report questionnaire including demographic information of caregivers and stress questionnaires. The data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test. The results showed that 65 participants had the mean score of stress after attending individual psychological counseling was significantly decreased in all 4 components including 1) the relationship between caregivers and patients (p-value <0.001), 2) the emotional coping change (p-value <0.001), 3) the relationship between relative in their families (p-value = 0.040) and 4) the complications in various matters (p-value <0.001). The results suggested that the individual psychological counseling process should be provided to caregivers for decreasing their stress, which focuses on building relationships between the therapist and caregivers and promotes caregivers to have a good attitude and positive interaction with patients.

Keywords: Stress, Psychotic patient's caregiver, Individual psychological counseling

บทนำ

การที่ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่ยอมรับผู้ป่วย พบเป็นความเสี่ยง 2.23 เท่าที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมาป่วยซ้ำ⁽¹⁾ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษา⁽²⁾ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมักมีความกังวลเกี่ยวกับโอกาสที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายกลับมาดีเหมือนเดิม มีความรู้สึกผิดว่าการเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติตัวของตนต่อผู้ป่วยเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยผิดปกติ รวมถึงความคาดหวังหรือการยอมรับที่แตกต่างกันของญาติทำให้มีความขัดแย้งในแนวทางการดูแลผู้ป่วยหรือมีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตซึ่งมีพฤติกรรม ความคิดที่ผิดปกติ เช่น พฤติกรรมแยกตัว ไม่ดูแลเรื่องกิจวัตรส่วนตัว ความคิดหลงผิด หวาดระแวง ก้าวร้าว ทำพฤติกรรมซ้ำๆ ไม่ช่วยทำงานบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดทุกด้าน เช่น กิจวัตรประจำวัน

การกินยา ทำให้บางคนต้องลาออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเป็นงานที่หนักและต่อเนื่องทำให้เกิดความเบื่อหน่าย เกิดความรู้สึกเป็นภาระ อีกทั้งยังมีความรู้สึกอับอาย ที่คนอื่นรู้ว่าตนเองมีญาติป่วยทางจิต มีความรู้สึกว่ายากที่จะปรับตัวโดยเฉพาะในสังคมของชุมชนขนาดเล็กมักมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ถูกต้อง โดยมีความเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงและมักทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงมักเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป^(2, 3, 4) ได้มีการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่าสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถเรียนหรือทำงานได้ มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง มีปัญหาพฤติกรรม ปัญหาการรักษาพยาบาล ปัญหาการเงินและความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลก่อให้เกิดความเครียด⁽⁵⁾ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นและคงอยู่เป็นเวลานานดังกล่าวจะนำ

ไปสู่ความเครียดซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยความเครียด หมายถึงภาวะทางจิตที่ผู้ดูแลรู้สึกวุ่นวาย วิตกกังวล สับสน และไม่แน่ใจทิศทางพฤติกรรมของตน อันเนื่องมาจากการรับรู้ที่ขัดแย้งกัน (incongruence) ระหว่างการรับรู้กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้เกิดกระบวนการทางจิตที่กลไกการป้องกันตนเองออกมาใช้โดยมีลักษณะที่บิดเบือนการรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามจริง^(6, 7)

ผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมักมีปัญหสุขภาพจิตมากกว่าและมีความคาดหวังสูงกว่าผู้ดูแลของผู้ป่วยนอก ยิ่งผู้ดูแลมีความเครียดสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล เช่น หงุดหงิด โกรธ ไม่พอใจ เบื่อหน่าย ขาดความสนใจ รวมถึงความคาดหวังที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง^(8, 9) ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมาก⁽¹⁰⁾ โดยส่วนใหญ่รู้สาเหตุการเจ็บป่วยแต่มีอคติต่อผู้ป่วย เช่น คิดว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลอันตราย ไม่สามารถทำงานได้ มีความอดทนต่ำ สร้างปัญหาและเป็นภาระแก่ครอบครัวและไม่สามารถมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่นได้⁽¹¹⁾ นอกจากนี้พบว่าเกินครึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการปิดบังว่าตนเองมีญาติป่วยทางจิต เพราะรู้สึกอับอาย เสรีและสิ้นหวังเหมือนตกเป็นเหยื่อเมื่อผู้ป่วยที่เขาดูแลไปก้าวร้าวใส่ผู้อื่น⁽¹²⁾ ดังนั้นการเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจึงเป็นเรื่องสำคัญ^(12, 13)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้รับผลกระทบด้านความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ทางลบต่างๆ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างญาติ ๆ ในครอบครัว และความยุ่งยากในเรื่องต่างๆ ของญาติ เช่น เรื่องการเงิน การกลับเข้าทำงานของผู้ป่วย ความทุกข์ใจในการดูแล รวมถึงโรคประจำตัวทางกายของผู้ดูแลเอง อาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล⁽¹⁴⁾ จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลจะต้องจัดการเพื่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผล

ต่อความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ดูแล และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือด้านการปรึกษา การส่งเสริมสนับสนุนและคงไว้ซึ่งทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยให้อย่างต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นโดยมีการติดตามความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต⁽⁹⁾

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาเอื้อให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชเกิดการสำรวจและทำความเข้าใจสิ่งที่ปัญหา และแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นด้วยตนเอง ฟังตนเองได้ รู้สึกมีอิสระ มีความสุขในชีวิต และได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการแก้ปัญหาที่เผชิญ^(15, 16) ช่วยให้การรับรู้ตนเองกับประสบการณ์ของผู้ดูแลมีความสอดคล้องกันมากขึ้น การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเป็นการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่เอื้ออำนวยผู้รับบริการให้เปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจจากภาวะไม่สอดคล้องมาสู่ภาวะที่สอดคล้อง (Congruence) คือเป็นผู้ที่เปิดใจกว้าง รับรู้ประสบการณ์หลายแง่มุมอย่างที่มีนัยเป็น ปรับตัวรับสิ่งใหม่และการเปลี่ยนแปลงได้ดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจุบัน มีความเชื่อถือตนเอง รู้สึกอิสระ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้พัฒนาและงอกงามขึ้น เป็นตัวของตัวเองโดยไม่รู้สึกลูกคูกคามจากสภาพแวดล้อม^(6, 7) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลคล้อยคลายจากความคาดหวัง สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือความเครียดที่ต้องเผชิญได้จากการศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางต่อความเครียดของบุคลากรในการดูแลบุตรทารกแรกเกิดที่มีอาการหนัก โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา โดยเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าความเครียดของกลุ่มตัวอย่างหลังให้คำปรึกษาลดลงกว่าก่อนให้คำปรึกษา⁽⁶⁾ รวมทั้งการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางช่วยลดความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภทได้⁽¹⁴⁾

ผู้วิจัยซึ่งเป็นนักจิตวิทยาให้บริการด้านจิตวิทยา สังคมบำบัด (Psychosocial intervention) และการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective) หลังจำหน่ายที่เข้าระบบดูแลต่อเนื่องของสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2560 จำนวน 79 ราย และมีอัตราการป่วยซ้ำภายใน 1 ปีของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในปีพ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 12 ประกอบกับจำนวนผู้ป่วย 2 โรคข้างต้นที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในปีพ.ศ. 2559 มีจำนวน 44 ราย และในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 47 ราย จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลเพิ่มจำนวนขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำกระบวนการ Psychosocial intervention⁽⁹⁾ ที่มีฐานแนวคิดมาจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยให้คลายจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการพัฒนาระบบงานด้านบริการผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล
3. เพื่อศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One group pretest - posttest design โดยการเปรียบเทียบความเครียดก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ซึ่งผ่านการพิจารณา

อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ 60-018-03-8)

ประชากร คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วย โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective) และโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการทางจิต (Bipolar with psychotic feature)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยทุกคนที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective) โรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการทางจิต (Bipolar with psychotic feature) จำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีรายละเอียด ดังนี้

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
2. แบบประเมินความเครียดโดยพัฒนามาจากแบบสำรวจความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ อัจฉรา บัวเลิศ⁽⁶⁾ จำนวน 30 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อถือ (Reliability) เท่ากับ 0.92

3. คำถามเพื่อประเมินการรับรู้ระดับความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2 ข้อ

4. คำถามเพื่อประเมินการรับรู้ระดับความเครียดวิธีการจัดการกับความเครียด ประโยชน์และสิ่งที่ได้

เรียนรู้ของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 4 ข้อ

กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล โดย มีฐานแนวคิดมาจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนว ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของ Carl R. Roger⁽⁷⁾ จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายผู้ป่วย จิตเวชออกจากโรงพยาบาล โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่มีการยอมรับ เข้าใจ และ จริใจ (Therapeutic relationship) กับผู้ดูแล
2. ช่วยสำรวจและประเมินปัญหา รวมถึง ทรัพยากร ศักยภาพ จุดแข็ง และข้อจำกัดของผู้ดูแล
3. เมื่อพบว่ามีปัญหาจึงใช้กระบวนการปรึกษา เชิงจิตวิทยา หรือให้การสนับสนุน (Problem solving & supporting)
4. เมื่อค้นพบจุดแข็งก็เสริมพลังให้ผู้ดูแลเห็น ศักยภาพและเติบโตจากประสบการณ์การดูแลที่ ผ่านมา (Empowerment & growth)

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ คะแนนความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 65 ราย อายุเฉลี่ย 53.7 ปี (SD = 13.1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.8) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 43.1) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 29.2) เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบิดามารดา (ร้อยละ 58.5) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10 ปี (SD = 8.2) ผู้ป่วยที่ดูแลเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วย ในเฉลี่ย 3 ครั้ง (SD = 2.1)

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วย มีคะแนนความเครียดลดลงหลังให้การปรึกษาเชิง จิตวิทยารายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้านคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ความสัมพันธ์

ระหว่างญาติภายในครอบครัว และความยุ่งยากใน เรื่องต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

การรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลัง การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ก่อนการปรึกษา เชิงจิตวิทยารายบุคคลส่วนใหญ่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเอง มีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.4) เครียดเล็กน้อย (ร้อยละ 33.8) เครียดมาก (ร้อยละ 24.6) ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 4.6) และหลัง ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ผู้ดูแล รับรู้ว่าคุณเองมีความเครียดเล็กน้อย (ร้อยละ 49.2) ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 33.8) เครียดปานกลาง (ร้อยละ 13.8)

การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลัง การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ก่อนการปรึกษา เชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการกับ ความเครียดด้วยการเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย (ร้อยละ 29.2) รองลงมาคือไม่มีวิธีการจัดการกับความเครียด ที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 26.2) ใช้หลักศาสนายึดเหนี่ยวจิตใจ (ร้อยละ 15.4) มีมุมมอง ทศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 10.8) ขอคำปรึกษาจากทีมรักษา หรือพูดคุยกับญาติ และเพื่อน (ร้อยละ 9.2) และหลังได้รับการปรึกษาเชิง จิตวิทยาแบบรายบุคคล ผู้ดูแลมีวิธีการช่วยลด ความเครียดคือขอคำปรึกษา ร่วมมือและปฏิบัติตาม แนวทางของทีมรักษา (ร้อยละ 30.8) รองลงมาคือ พุดคุย ทำกิจกรรมร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ร้อยละ 27.7) ใช้หลักศาสนายึดเหนี่ยวจิตใจ (ร้อยละ 10.8) และเบี่ยงเบนด้วยการทำกิจกรรมผ่อนคลาย (ร้อยละ 7.7)

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นต่อการเข้ารับ การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ว่าได้รับประโยชน์ จากกิจกรรมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 56.9 ระดับมาก ร้อยละ 36.9 และระดับปานกลาง ร้อยละ 4.6 โดยได้รับความรู้เรื่องโรค อาการ และวิธีการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 60) และตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงตนเองมีผลต่อการ ดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 21.5) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (n = 65)

ความเครียด	Mean $\pm$ S.D. (min-max)		t	p-value
	Pretest	Posttest		
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย	14.7 $\pm$ 7.1 (2-28)	10.6 $\pm$ 7.2 (0-28)	7.6	<0.001
การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของญาติ	17.7 $\pm$ 8.7 (2-32)	14.2 $\pm$ 9.2 (0-35)	5.5	<0.001
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติในครอบครัว	1.8 $\pm$ 1.6 (0-6)	1.5 $\pm$ 1.7 (0-6)	2.1	0.040
ความยุ่งยากในเรื่องต่างๆ	4.3 $\pm$ 3.3 (0-11)	3.4 $\pm$ 3.2 (0-11)	3.8	<0.001
รวม	38.6 $\pm$ 18.7 (6-72)	29.7 $\pm$ 19.7 (0-72)	6.9	<0.001

ตารางที่ 2 สิ่งที่ได้เรียนรู้หลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

สิ่งที่ได้เรียนรู้	n (%)
การเข้าร่วมกิจกรรมมีประโยชน์ต่อท่าน	
มากที่สุด	37 (56.9)
มาก	24 (36.9)
ปานกลาง	3 (4.6)
ไม่ตอบ	1 (1.5)
ประโยชน์	
ได้รับความรู้เรื่องโรค อาการ และวิธีการดูแลผู้ป่วย	39 (60.0)
การเปลี่ยนแปลงตนเองมีผลต่อ	
การดูแลผู้ป่วย	14 (21.5)
ได้ระบายความรู้สึก ความทุกข์ มีคนรับฟัง	7 (10.8)
ไม่ตอบ	5 (7.7)
สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม	
ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ดูแลมีผลต่อผู้ป่วย	6 (9.2)
มีแนวทางและเทคนิคในการดูแลผู้ป่วย	42 (64.6)

ตารางที่ 2 สิ่งที่ได้เรียนรู้หลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (ต่อ)

สิ่งที่ได้เรียนรู้	n (%)
เกิดความหวัง มีกำลังใจ มองเห็น	
จุดแข็งของตนเอง	4 (6.2)
รู้สึกได้รับความช่วยเหลือ	3 (4.6)
ไม่ตอบ	10 (15.4)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักจะเป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย รวมถึงการวิจัยครั้งนี้ด้วย^(17, 18) เนื่องจากเพศหญิงหรือมารดามักจะถูกคาดหวังจากครอบครัวและสังคมให้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลบ้านรวมถึงช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย⁽¹⁹⁾ ทั้งนี้ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมาก่อน และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมายาวนาน ทำให้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยช่วงที่กลับไปอยู่บ้านและมีอาการคงที่ แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น หรือบางคนมีโรคทางกาย ทำให้เริ่มกังวลหรือทุกข์ใจกับอนาคต

ของผู้ป่วยทั้งในแง่ของผลการรักษาที่ไม่หายขาด มีอาการหลงเหลือ และผู้ที่จะมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทนตัวเองในอนาคต ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาที่สูง การประกอบอาชีพ และการมีรายได้ที่สูงของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่ทำให้รับรู้ตราบาปในระดับต่ำ⁽¹⁸⁾ โดยผู้ดูแลจะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลได้เร็วขึ้น รวมถึงผู้ดูแลได้รับแนวทางจัดการกับความเครียดและวิธีการดูแลผู้ป่วยจากกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ศักยภาพของตนเอง รวมทั้งได้สรุปบทเรียน สิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนตนเองจากการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา นำไปสู่แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพื้นฐานความเข้าใจโรคและอาการเจ็บป่วย และทัศนคติที่ดีจึงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดของผู้ดูแลลดลง⁽²⁰⁾

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนความเครียดหลังจากได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ด้านการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ดูแล ด้านความสัมพันธ์ระหว่างญาติในครอบครัว และด้านความยุ่งยากในเรื่องต่างๆ รวมถึงเมื่อให้ผู้ดูแลประเมินการรับรู้ความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียด พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดของตนเองก่อนเข้ากิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.4) และนิยมวิธีจัดการกับความเครียดโดยการเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมผ่อนคลาย (ร้อยละ 29.2) และพบว่าผู้ดูแลถึงร้อยละ 26.2 ไม่มีวิธีจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีการประเมินระดับความเครียดของตนเองลดลงเป็นระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 49.2) และไม่มีความเครียดเลย (ร้อยละ 33.8) และมีการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดการกับความเครียดโดยหันมาเลือกใช้วิธีการขอคำปรึกษา ร่วมมือและปฏิบัติ

ตามแนวทางของทีมรักษาเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 30.8) รองลงมาคือการพูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ร้อยละ 27.7) เมื่อให้ผู้ดูแลสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าได้ประโยชน์ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 56.9) โดยได้รับความรู้เรื่องโรค อาการ และวิธีการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 60.0) ตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงตนเองมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 21.5) และได้เรียนรู้แนวทางและเทคนิคในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 64.6) ซึ่งสอดคล้องกับผลของการบำบัดครอบครัว คือสมาชิกมีความเข้าใจ เห็นใจและรู้สึกต่อกันมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ถูกต้อง รวมถึงมีทักษะจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดสามารถสื่อสารแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม อยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างมีความสุข⁽²¹⁻²⁵⁾ และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าการศึกษาเชิงจิตวิทยาช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง⁽²⁶⁾ และความเครียดลดลง^(6, 27)

เนื่องจากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจจากภาวะไม่สอดคล้องมาสู่ภาวะที่สอดคล้อง (Congruence) คือเป็นผู้ที่เปิดใจกว้าง รับรู้ประสบการณ์หลายแง่มุม ปรับตัวรับสิ่งใหม่และการเปลี่ยนแปลงได้ สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับปัจจุบัน มีความเชื่อถือ เห็นคุณค่าของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้พัฒนาและเติบโตขึ้นเป็นตัวของตัวเองโดยไม่รู้สึกถูกคุกคามจากสภาพแวดล้อม^(6, 7) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลคลี่คลายจากความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และจัดการความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งการสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการรักษา เป็นการเปลี่ยนทัศนคติความรู้สึกผิดที่เป็นสาเหตุต่อการเจ็บป่วยมาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย

ในระหว่างรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจะช่วยสนับสนุนและเสริมพลังผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย⁽²⁸⁾ สอดคล้องกับผลวิจัยที่พบว่าหากญาติหรือผู้ดูแลรับรู้บทบาทและทำหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม มีการให้ความหมายหรือมีมุมมองเชิงบวกต่อการเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวและมีความเข้มแข็งภายในครอบครัวสูง ย่อมส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ⁽²⁹⁾ สอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และเริ่มต้นแก้ไขปัญหาโดยเริ่มต้นจากตนเอง เห็นความสำคัญและมีแนวทางในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างตนเองกับผู้ป่วย เช่น “การแสดงความรัก ความหวังดี ทั้งทางคำพูดและทางกาย ความเข้าใจและเข้าถึงผู้ป่วย ความอดทน ความเอาใจใส่ผู้ป่วย” และความสัมพันธ์กับญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวซึ่งจะเป็นผู้ช่วยเหลือแบ่งเบาการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เกิดความเห็นอกเห็นใจกันและลดภาระการดูแล รวมถึงญาติเห็นความสำคัญของความรู้เรื่องโรคทักษะและเทคนิคในการดูแลผู้ป่วยเช่น “ได้รับรู้ถึงสาเหตุและการป่วยของคนไข้ว่าเกิดจากโรคมองไม่ใช่จากความเครียดเพียงอย่างเดียว ได้เรียนรู้วิธีการรับมือ การปรับตัวในการดูแลคนไข้”, “ได้เข้าใจอาการของโรคมมากขึ้น ต้องคอยระวังสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น ทราบอาการ สาเหตุ และวิธีดูแลผู้ป่วย”, “ต้องให้ผู้ป่วยทานยาตรงเวลาสม่ำเสมอ ห้ามนอนดึก และเมื่อมีอาการที่ผิดปกติได้ผลควรช่วยผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพตัวเอง” อีกทั้งได้ตระหนักในตนเองมากขึ้น เกี่ยวกับทัศนคติอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกของตนเองว่ามีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเช่น “ได้ความคิด ความรู้ ประสบการณ์ และปรับทัศนคติที่จะดูแลผู้ป่วย”, “ให้ความอบอุ่น ส่งเสริมความมั่นใจในตนเองให้กับผู้ป่วยรับฟังและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ไม่ปฏิเสธหรือโต้แย้งความคิดของผู้ป่วย” รวมถึงการทราบแหล่งช่วยเหลือที่สามารถขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล และได้เข้าระบบการดูแลต่อเนื่อง

เช่น “มีข้อคิดดีๆ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เช่น การกินยา การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดี และคิดว่าถ้าคุยกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่อง ก็สามารถโทรปรึกษาอาการได้ตลอด”, “ทำตามหมอสั่งก็จะสบายใจขึ้น”, “ทุกอย่างมีทางออกเราต้องมีสติ รู้จักวิธีผ่อนคลาย เรายังมีคนที่ย่อยให้ความช่วยเหลือให้เราสามารถจัดการกับปัญหาได้”, “พยายามเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด ยอมรับความเป็นจริงอยู่กับปัจจุบัน”

การรับรู้ความเครียดและวิธีในการเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เปลี่ยนไปจากก่อนและหลังร่วมกิจกรรม คือ ก่อนร่วมกิจกรรมเวลาที่ญาติรู้สึกเครียดจะจัดการด้วยวิธีการเบี่ยงเบนไปทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย หรือพึ่งหลักทางศาสนาเช่น “ที่ปรึกษา ดิฉันต้องการที่ปรึกษา เหตุการณ์ที่มันเกิดขึ้นกับลูกทำให้เราขาดความมั่นใจ เพราะความเครียด จากความรัก ความสงสารทำให้เราทำอะไรไม่ถูก”, “ไม่มีวิธีใด ต้องอดทน”, “อยากให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พุดจาเข้าใจ มีงานมีการทำ”, “พยายามไปออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ พยายามใช้หลักทางศาสนาในการยอมรับและผ่อนคลาย” หลังเข้ากิจกรรมผู้ดูแลมีการรับรู้ความเครียดและมีวิธีจัดการที่เปลี่ยนแปลงไป คือ ทราบและเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและให้การปรึกษาได้แม้จะออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ทำให้ผู้ดูแลจัดการกับปัญหาและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ ดังจะเห็นได้จากระดับความเครียดที่ลดลงและการเรียนรู้วิธีจัดการรับมือกับปัญหาในรูปแบบใหม่ เช่น “การพูดคุย ทำให้ลดความเครียดลงไปได้มาก”, “หากพบปัญหาหรือรู้สึกเครียดมากสามารถพูดคุยกับนักจิตวิทยาหรือผู้ให้คำปรึกษาได้”, “ความรักที่มีต่อผู้ป่วยจะทำให้มีกำลังใจในการดูแล” อีกทั้งมุมมองเชิงบวกต่อการเจ็บป่วยและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัว ดังนั้นหากผู้ดูแลมีมุมมอง ทัศนคติ ปฏิสัมพันธ์และการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยในเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกภาคภูมิใจและ

เห็นคุณค่าในตนเอง⁽²⁹⁾ เช่น “ได้รับความเข้าใจ และมีกำลังใจ แม้รู้สึกได้ว่าแม่ทำดีแล้ว”, “ได้ประโยชน์จากการที่ได้รับบัพศุภคัยเหมือนได้ปลดทุกข์ทั้งหลายที่อยู่ในอก ได้รับความออก แม้เรื่องที่เล่าจะไร้สาระแต่คุณหมอก็ทันทฟัง” ปัจจัยข้างต้นนี้จัดเป็นองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตที่ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระลดลง ดังผลการศึกษาของซิมสันและโจนส์ ที่ศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายคือเมื่อผู้ดูแลพบเจอกับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากใจในชีวิตหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา (I can) มีบุคคลหรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ (I have) รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วย (I am) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระน้อยลงด้วย⁽³⁰⁾

สรุปผล

การปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ตนเองเผชิญได้ดีขึ้น จากที่ไม่ทราบวิธีจัดการแก้ปัญหา หรือไม่ทราบแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และหาทางออกโดยใช้วิธีการเบี่ยงเบนหากิจกรรมผ่อนคลาย เปลี่ยนเป็นทราบและเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลเห็นคุณค่า มีพลังในการทำหน้าที่ของตนเองอย่างสอดคล้องตามความเป็นจริง ลดความคาดหวัง มีทัศนคติและปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ควรให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดความเครียดโดยเน้นสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยเอง รวมถึงเอื้อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลต่อเนื่องเพื่อลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. แม้ว่าความเครียดของผู้ดูแลจะลดลงอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวก่อนและหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลระดับความเครียดของผู้ดูแลหลังจำหน่ายว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร
2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นญาติผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบริการการปรึกษาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแผนการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ ช่วงเวลานั้นทันทีเพื่อให้ญาติมีแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลและประสิทธิภาพของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาได้มากขึ้น ในการศึกษานี้ควรมีก่อนมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) อย่างไรก็ดีในการศึกษานี้ได้มีแบบสัมภาษณ์ข้อคำถามปลายเปิดที่ทำให้ทราบวิธีจัดการกับความเครียด และข้อเรียนรู้เพิ่มเติมของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Varint, H. Risk factor to relapse in schizophrenia patient of Srithanya hospital. [Internet]. [Cited in 25 June, 2019]. Available from: http://110.164.162.12/k_sty/index.php/2012-03-20-09-20-46/58.html
2. Sukmak, V., Chaorathirun, U., Srichunlah, A. Strategies used by caregivers in managing psychiatric patients at home. J Psychiatr Assoc Thailand 2001; 46(2): 107-17. (In Thai)
3. Namlao, W. Factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia in Sakaeo Ratchanakarindra psychiatric hospital [master's thesis]. [Sakaeo]:Burapha University; 2016. (In Thai)

4. Awad, AG., Voruganti, LNP. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26(2): 149-62.
5. Dharmathai, K. Stress and coping style of caregivers's adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology* 2003; 34: 1-14. (In Thai)
6. Bualert, A. Effects of rogerian group counseling on reducing stress in schizophrenic patients' relative [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University;1993. (In Thai)
7. Chinchaoensap, D. Client-Centered Counseling for adjustment problem person: the practical handbook for finding the cause and solving the problems in mind;2007. (In Thai)
8. Lippi, G. Schizophrenia in a member of the family: burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. *SAfr J Psychiatr* 2016; 22(1): 922.
9. Vivekwan, Y. Mental health and caring behaviors of caregivers of schizophrenic patients [Master's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2000. (In Thai)
10. Chimsuk, N., Dangdomyouth, P. Selected factors related to psychological distress of family caregivers of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2014; 28: 49-62. (In Thai)
11. Kongkhum, C. Knowledge, attitude and relationship among caregiver and psychiatric patient [Master's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 1999. (In Thai)
12. Pusey-Murray, A., Miller, P. 'I need help': caregivers' experiences of caring for their relatives with mental illness in Jamaica. *Ment Health Fam Med* 2013; 10(2): 113-21.
13. Poredi, V., Blrudu, R., Thimmaiah, R., et al. Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: a descriptive survey. *J Neurosci Rural Pract* 2015; 6: 355-60.
14. Pitanupong, J., Rueangwiriyanan, C. Caregiver burdens in patients with schizophrenia and related factors. *Journal of Mental Health of Thailand* 2019; 27: 95-106. (In Thai)
15. Pokaeo, S. Buddhism Psychotherapy Department of psychology Faculty of Education Chulalongkorn University; 1993. (In Thai)
16. Barry, C. handbook for counseling skills. Bangkok(Thailand): Charoen Publisher; 2006.
17. Siriphat, M., Yunibhand, J. The Effect of Coping Group Program on Expressed Emotion of Schizophrenic Patients' Caregivers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2018; 30(3): 78-90. (In Thai)
18. Agrasuta, T., Pitanupong, J. Perceived stigma in patients with schizophrenia and caregivers in Songklanagarind hospital: cross-sectional study. *Songklanagarind Medical Journal* 2017; 35(1): 37-45. (In Thai)
19. Adeosun, I. I. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. [Internet] [Cited in 28 June, 2019]. Available from <http://dx.doi.org/10.1155/2013/353809html>

20. Sripromphut, K., Nintachan, P., Sangon, S. Relationships between resilience, stigma, knowledge, social support and personal factors and caregivers' burden of schizophrenia patients. [Internet] [Cited in 10 July, 2019]. Available from https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/research/Nation/2558/FullText/FullTxtNo_27.pdf
21. Pungketsunthorn, N., Lueboonthavatchai, O. The effect of family interventions program on burden among family caregiver of schizophrenic patient in community. Psychiatric Nurse Association of Thailand 2011; 25: 51-6. (In Thai)
22. Hegde, S., Rao, S.L., Raguram, A. Integrated psychological intervention for schizophrenia. IJPR2007; 11: 5-18.
23. Chien, W., Chan, S., Morrissey, J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. J ClinNurs 2007; 16: 1151-61.
24. Kuipers, E. Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. J FamTher 2006; 28: 73-80.
25. Caqueo-Úrizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T., et al. Schizophrenia: impact on family dynamics. Curr Psychiatry Rep 2017; 19(1): 2.
26. Songsri, C., Jankaeo, N. Effect of counseling on coping ability among caregivers of patients with chronic illness. Journal of SakonNakhon Hospital 2019; 22: 50-9. (In Thai)
27. Gananont, K. Person centered counseling to stress of parent's inpatient of newborn intensive care building at Maharat NakhonRatchasima Hospital [Master's thesis]. [Mahasarakham]: Mahasarakham University; 2004. (In Thai)
28. Lueboonthavatchai, O. Family intervention: roles of psychiatric nurses. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2015; 29: 1-13. (In Thai)
29. Smithnaraseth, A. Coping and adaptation of family caregivers with schizophrenia patients. EAU Heritage Journal Science and Technology 2017; 11: 43-56. (In Thai)
30. Simpson, G., Jones, K. How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? ClinRehabil 2013; 27(4):367-77.