

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

NURSES' ROLES IN PROMOTING FAMILY FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIA PERSONS IN A COMMUNITY

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ, พย.ม. (Thitinan Ounlam, M.N.S.)*

Abstract

Nurses' roles in promoting family functioning of persons with schizophrenia are important. Family functioning affects the mental health of family members since the function of family is to support and respond to the physical, mental, emotional, and social needs of other family members. A good family functioning is relied on a good relationship, love, bonding, generosity, and a clear communication within family, abilities of the family member to perform his/her role and function appropriately, and be able to manage problems within the family. Therefore, a good family functioning will help family members to meet their basic needs, and to live normally and happily in society. On the other hand, inappropriate family functioning can affect the mental vulnerability of family members, especially, if the family has a person with schizophrenia, it may cause the person to have high recurrent rate. This article aims to present the role of nurses in

promoting family functioning of persons with schizophrenic in community, which will result in better quality of life for persons with schizophrenia.

Keywords: Nurses' roles, Family functioning, Schizophrenia persons in a community

บทคัดย่อ

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญ การทำหน้าที่ของครอบครัวมีผลต่อสุขภาพจิตของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมของสมาชิกในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีต้องอาศัยการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร และการสื่อสารที่ชัดเจนเปิดเผยในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงบทบาทและหน้าที่ของตัวเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถ

* Corresponding author: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต (Lecturer, School of Nursing, Rangsit University),
E-mail: jiraporn.o@rsu.ac.th

วันที่รับ (received) 2 ตุลาคม 2560 วันที่แก้ไข (revised) 15 กรกฎาคม 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 2 มกราคม 2563

จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ ดังนั้น การทำหน้าที่ของครอบครัวที่จะช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ในทางกลับกันการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อความเปราะบางทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเภท อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน อันจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้เป็นจิตเภทในชุมชน

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยที่พบสูงเป็นอันดับต้นของการเจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งหมด โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยเป็นโรคนี้จำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี 2016 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทสะสมทั่วโลกสูงถึง 21 ล้านคน และในทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึงปีละ 2 ล้านคน โดยอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้นพบร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลกหรือเท่ากับ 0.1 - 0.5 ต่อประชากร 1,000 ราย พบได้ทุกเชื้อชาติ (ศุภธินี หล้ามาชน, 2560; World Health Organization [WHO], 2016) สามารถพบได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย โดยร้อยละ 75 พบในช่วงอายุ 15 - 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือ

วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) สำหรับประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช พบผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2554-2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มาใช้บริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต คิดเป็นอัตรา 4.02, 4.37 และ 2.85 ต่อประชากร 1,000 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2557)

ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป (Sadock & Sadock, 2007) และมีการดำเนินของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ต้องใช้เวลารักษานานหรือต้องการดูแลตลอดชีวิต และเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมมากที่สุด (Wu, Brimbaum, Shi, Ball, Kessler, & Moulis, 2005) ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายที่เน้นการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้นและกลับสู่ชุมชนโดยเร็วที่สุดเพื่อลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) ที่มุ่งการดูแลในชุมชนมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนนานขึ้น และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเน้นการให้ความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัว (Anderson, Hogaary, & Resis, 1980; Fallon et al., 1985) และให้ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ถึงแม้ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่การเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการ

รักษา ส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วง ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งอาการทางจิตกำเริบนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพบอัตรากำเริบสูงถึงร้อยละ 27.3 (Millier et al., 2011) ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอันเป็นผลเนื่องมาจากอาการทางจิตที่กำเริบ (Swanson, Swartz, Dorn, Elbogen, McEvoy, & Lieberman, 2006) ผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้จะได้รับการรักษาให้อาการทุเลาลงและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ยังพบว่ามีอาการทางจิตหลงเหลือและมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ เมื่อเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันภายในจิตใจ ซึ่งยังมีการกำเริบบ่อยครั้ง ก็ยังส่งผลให้มีการเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ (Sadock & Sadock, 2016)

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล จะเน้นการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก ครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยจิตเภทได้โดยตรงและดีที่สุด ในครอบครัวทุกครอบครัวจะประสบกับปัญหาที่มีความรุนแรงแตกต่างกันไป ความตึงเครียดและความกดดันของครอบครัว เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ (ลักษ์ขณา พานิชสรรค์, 2557) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับทำหน้าที่ของครอบครัวและบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน

ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับภารกิจที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวพึงปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเกี่ยวข้องกับรูปแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว (Epstein, Bishop, & Buldwin, 1984) การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด The McMaster Model of Family Functioning (MMFF) เป็นแนวคิดที่ระบุไว้ถึงปัญหาทางสุขภาพจิตที่น่าจะเป็นผลเนื่องมาจากการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งตามแนวคิดนี้การทำหน้าที่ของครอบครัวประกอบด้วยการทำงานที่ 7 ประการ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554; Epstein et al., 1984)

1) การแก้ปัญหา พบว่าการที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานทำให้เกิดความเครียดและมีการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ตลอดเวลา จนในที่สุดไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นภายในครอบครัว และไม่สามารถจัดการกับความขัดแย้งนั้นได้ แต่ถ้าครอบครัวมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวก็สามารถดำเนินไปได้ด้วยดีและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน แบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด พบว่าครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสามารถสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือหรืออ้อมค้อมมากเท่าไร ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่า่นั้น

3) บทบาท ภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ด้วยดีก็ต่อเมื่อบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องกัน มีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสมและมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ของตนโดยครบถ้วน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น โดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการของโรค และการดูแลที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติและลดการกลับเป็นซ้ำ เช่น การให้การดูแลตามแผนการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและยอมรับการเจ็บป่วยเป็นต้น (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

4) การตอบสนองทางอารมณ์ ถือเป็นความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งกระตุ้นอย่างเหมาะสม ทั้งอารมณ์เชิงบวกและอารมณ์เชิงลบ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบในปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม จากการศึกษาของ Addington, McCleery and Addington (2005) พบว่าความตึงเครียดในครอบครัวทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะส่งผลต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ดี

5) ความผูกพันทางอารมณ์ เป็นระดับความผูกพัน ห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ ความเข้าใจ เห็นใจ และการเห็นคุณค่าของกันและกัน ซึ่งระดับความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสมจะสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมเช่นกัน

6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมจัดการพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกประพฤติอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

7) การทำหน้าที่ทั่วไป เป็นพฤติกรรมในภาพรวมทั้งหมดของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงถึงการมีความสุขหรือไม่มีความสุขของครอบครัว

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านครอบครัว ดังนี้

1. ปัจจัยด้านครอบครัว: ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ (Addington et al., 2005) และต้องพึ่งพาอาศัยครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือ (Sethabouppha & Kane, 2005) ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง หรือญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือโดยตรง เพราะเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยและมีความสำคัญมากในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (กาญจนา นันทไพบูรณ์, 2553) อย่างไรก็ตามก็ยังมีปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยก็จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว เนื่องจาก

ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องใช้เวลารักษานานหรือต้องการดูแลตลอดชีวิต ทำให้สมาชิกในครอบครัวกลายเป็นผู้ดูแลหลัก (Chein, Chan, & Morrissey, 2007) และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยพบว่าปัญหาที่พบบ่อยในผู้ดูแลก็คือ ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด อารมณ์หงุดหงิด โกรธ รู้สึกเศร้า ที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (สายใจ พัวพันธ์, 2553) กังวลในพฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมรุนแรง วุ่นวาย ก้าวร้าว (Lindenmayer & Khan, 2006) เนื่องจากครอบครัวมีความคาดหวังสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถควบคุมอาการ ความผิดปกติต่าง ๆ ได้ แต่เมื่อพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ได้เป็นไปตามความหวังของครอบครัว จึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลและครอบครัวรู้สึกผิดหวัง โกรธ ขาดความอดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย จึงใช้วิธีที่ไม่เหมาะสมและไม่ยืดหยุ่นต่อผู้ป่วย (McDonagh, 2005) หรืออาจพูดด้วยน้ำเสียงที่ดิ่งขึ้น เพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย (Hoolley, 2007) ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวเกิดความบกพร่องด้านการตอบสนองอารมณ์ โดยแสดงอารมณ์ออกมาในลักษณะที่มากกว่าปกติ ทั้งภาษาพูด ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์หรือที่เรียกว่าแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion: HEE) ซึ่งเป็นผลมาจากครอบครัวขาดทักษะการสื่อสาร และการแก้ปัญหา ส่งผลให้ไม่สนใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพิกเฉยต่อการดูแล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวก็จะส่งผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Marom, Munitz, Jones, Weizman & Hermesh, 2005)

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย: จากการศึกษาพบว่า ในช่วงแรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรของตนเองได้ดี แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นผู้ป่วยมักไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองและต้องการให้ครอบครัวเข้ามาดูแลช่วยเหลือมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีปัญหาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (เป็ทมาศิริเวช, 2552) ไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตหรือสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบ ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Gray, Wykes, & Gournay, 2002) ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษาด้วยยา (Kaplan & Sadock, 1998) ปฏิเสธการใช้ยา การรับประทานยาเพียงบางชนิด การใช้ยาผิดเวลา และการปรับเปลี่ยนยาไม่ตรงตามแผนการรักษา (Farragher, 1999) การกลับไปใช้สารเสพติด (เพ็ญประภา มะละไวย้, 2550) ขาดทักษะด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Cunningham, 2007) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว เนื่องจากเกิดปัญหาความคับข้องใจกับครอบครัว (Chein et al., 2007) บกพร่องด้านการสื่อสารกับครอบครัว ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ (Murphy, 2007) และพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีความบกพร่องทางการรู้คิด (cognitive function) เป็นเหตุให้การทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ การบริหารการเงิน การทำงานหรือการประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Kurtz, Wexler, Fujimoto, Shagan, & Seitzer, 2008) สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว

ประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพนั้น ส่วนหนึ่งพบว่าขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ของครอบครัว (Sung-Man et al., 2010) เพราะการทำหน้าที่ของครอบครัวครบทุกองค์ประกอบให้อยู่ในระดับดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตที่ปกติสุข ลดอัตราการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต (อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย, 2554) การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีต้องอาศัยการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร และการสื่อสารที่ชัดเจนเปิดเผย สมาชิกครอบครัวแสดงบทบาทและหน้าที่ของตัวเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ เพื่อให้สมาชิกสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว

พยาบาลวิชาชีพในชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานต่าง ๆ มากมาย ทั้งด้านปฏิบัติการ ให้การพยาบาลเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย สังคมและจิตวิญญาณของประชาชน ด้านการวางแผนและการบริหาร เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่กำหนดและด้านการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทร์ไทย, 2556) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช ซึ่งการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ถือเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านก็แสดงให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาล

ในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้น มีทั้งการให้การบำบัดครอบครัวและการให้การบำบัดผู้ป่วย ดังนี้

1. การให้การบำบัดครอบครัว (family intervention) เป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลรักษา การจัดการอาการ และการเพิ่มทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัด (MacFarlane et al., 1995) จากการศึกษาของ Hedge, Rao และ Raguram (2007) พบว่า การบำบัดครอบครัว (family intervention) ที่มีการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้สุขภาพจิตศึกษา การพัฒนาทักษะการจัดการลดการแสดงอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในครอบครัว และเสริมสร้างบทบาทครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวสามารถทนต่อปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น มีความคาดหวังในการทำงาน และทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามความเป็นจริง และลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งการให้พยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้สามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ตัวอย่างรูปแบบของการบำบัดครอบครัว มีดังนี้

1.1 Multiple family group intervention เป็นการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว โดยมีพยาบาลเป็นผู้เชื่อมโยงในการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีหลักการที่สำคัญคือ การเน้นสภาพตาม

ความเป็นจริงที่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวช ประสบปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ นำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ครอบครัวรู้สึก เชื่อมโยง ช่วยกันประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกัน และกัน มีลักษณะการเผชิญปัญหาคลายคลึงกัน ซึ่งช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัว ดีขึ้นในเรื่องทักษะการแก้ปัญหาและการสื่อสาร (Dyck et al., 2000; Dyck, Hendryx, Short, Voss, & Mcfarlane, 2002)

1.2 Mutual support group for family intervention เป็นการบำบัดครอบครัวแบบกลุ่ม ของครอบครัวที่มีปัญหาคลายกัน หรืออยู่ใน สถานการณ์เดียวกัน เน้นความมีส่วนร่วมของ สมาชิกกลุ่ม และสนับสนุนประคับประคอง เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก ซึ่งเป็นการช่วย เพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว (นุชนาถ ชัยเจริญ, 2552) จากการศึกษาของ Chien & Chan (2004) ได้ทำกลุ่ม Mutual support group ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กระบวนการ กลุ่มช่วยให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพ สร้างความ เชื่อมมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกัน เกิดความไว้วางใจ ภายในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา การแก้ไขจัดการกับอาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชและตนเอง ทำให้ ครอบครัวเกิดวิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการปัญหา ส่งผลให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัว ดีขึ้นในเรื่องทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา และ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชทำหน้าที่ทางจิตสังคมดีขึ้นอีก ด้วย และจากการศึกษาของ ดาราณี วันวา (2555) ที่ศึกษา ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการ ทำหน้าที่ของครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กิจกรรมที่ดำเนิน

ทั้งหมดทั้ง 6 กิจกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่ของ ครอบครัวดีขึ้น โดยด้านการตอบสนองทางอารมณ์ มีคะแนนสูงสุด รองลงมาเป็นด้าน การสื่อสาร และ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ตามลำดับ

1.3 สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) เป็นการบำบัดที่มีความจำเป็น สำหรับครอบครัวมีรูปแบบเฉพาะคือ การให้ ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการ การบำบัดรักษา การฝึกทักษะในการเผชิญ ปัญหา (problem solving) โดยมีเป้าหมายเพื่อ ลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา (นุชนาถ ชัยเจริญ, 2552) เพิ่มความรู้ ลดความคิดและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องและให้การสนับสนุนประคับ ประคองครอบครัว ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาท สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถจัดการ กับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดีขึ้น และ สามารถควบคุมการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว ให้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2550) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาก็แสดงให้เห็นว่าครอบครัว มีการรับรู้ภาระในการดูแลสูงจะส่งผลให้การ มีบทบาทหน้าที่ไม่ดี (Hanzawa et al., 2010) การบำบัดเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระก็น่าจะมี ความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งก็มี การศึกษาที่พบว่าหลังโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (จิราพร รักการ, 2549)

1.4 ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่ง เพื่อช่วยเหลือให้ บุคคลในครอบครัวเข้าใจในสภาพปัญหาของตน รวมถึงเข้าใจเหตุการณ์ตามความเป็นจริงของ ครอบครัว ช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากที่เคยสูญเสียหน้าที่ให้กลับมาทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) โดยมีเป้าหมายของการบำบัด คือ ครอบครัวยสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในพัฒนาการแต่ละขั้นตอนได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554)

2. การให้การบำบัดผู้ป่วย (patient intervention): พยาบาลดำเนินการบำบัดต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและลดผลกระทบด้านลบให้น้อยที่สุด อันจะส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ตัวอย่างการบำบัดผู้ป่วยที่จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น Modular skill training ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อลดการเสื่อมสภาพ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และการทำหน้าที่ของครอบครัว Modular skill training ประกอบด้วย การฝึกทักษะด้านการจัดการกับอาการ และการบริหารจัดการยา (Lieberman, 2006) อันจะเป็นการเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถลดอาการทางจิตและปรับปรุงการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ฝึกทักษะด้านการจัดการกับอาการทางจิต (symptom management) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการประเมินสังเกตอาการเตือน (warning signs of relapse) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ในการสังเกตอาการเตือนของตนเอง เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม จากนั้นส่งเสริมให้มีทักษะในการจัดการกับอาการเตือน (managing warning signs) เช่น วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ และการขอความช่วยเหลือ

จากบุคคลรอบข้างและบุคลากรทางสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม และสามารถปรับตัวกับอาการได้ (coping with persistent symptoms) และ 2) การฝึกทักษะการบริหารจัดการยา (medication management) ประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับยา (obtaining information about antipsychotic medication) การดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัดและรับประทานยาตามแผนการรักษา และอธิบายถึงผลข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิตจากการศึกษาของ ชัชชญา คมขำ และรัชนิกร เกิดโชค (2556) ที่นำแนวคิดการฝึกทักษะแบบ Modular skill training มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและทักษะการบริหารจัดการยา ฝึกการคลายเครียดโดยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจ การจินตนาการการนวด กดจุดคลายเครียด ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการทางจิตและอาการข้างเคียงและสร้างพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านการควบคุมอารมณ์และมีการทำหน้าที่ดูแลตนเองดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) ซึ่งจะลดการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น (Honkonen, Saarinen, & Salokangas, 1999) การที่ผู้ป่วยทำหน้าที่ของตนเองดีขึ้น ก็จะช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Sun & Cheung, 1997)

สรุป

การพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในหลาย ๆ ด้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นจะส่งผลต่อการดูแล

ผู้ป่วย ช่วยลดการกำเริบของอาการทางจิตได้ และจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตที่ปกติสุข ลดอัตราการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตได้ (อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2554) การรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาล ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย การส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท*. นนทบุรี: ดิจิตอลเวลด์ ก๊อปปี้.

กรมสุขภาพจิต. (2557). *รายงานการประชมกรรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา นันทไพบูลย์. (2553). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(2), 26-38.

จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์,

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัญฉฎา คมจำ และรัชนิกร เกิดโชค (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 101-112.

ดารานี วันวา. (2555). *ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุชนาถ ชัยเจริญ. (2552). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปัทมา สิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม. ในพิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์ (บรรณาธิการ). *ตำราโรคจิตเภท* (หน้า 305-316). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพ็ญประภามะละไวย์. (2550). *การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษายาทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลักษ์ขณา พานิชสรณ์. (2557). *ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทร์ไทย. (2556). *คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- สุทธิณี หล้ามาชน. (2560). *กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลคอแลน อำเภอภูเม็ญฑริก จังหวัดอุดรราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาทรณสุขศาสตร์, คณะสาทรณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). *การรับรู้การเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดชลบุรี*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 156-171.
- สุนีย์ กิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วีพริ้นท์จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ชันต์การพิมพ์.
- Addington, J., McCleery, & Addington, D., (2005). Three years outcome of family work in early Psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79(1), 107-116.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J., (1980). Family treatment of adult schizophrenia patient: Psychoeducation approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.
- Chien, W. T., & Chan, S. W. (2004). One year Follow-up of a multiple family group intervention for Chinese families of patients with schizophrenia, *Psychiatric Service*, 55(11), 1276-1284.
- Chein, W. T., Chan, S. W. C., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1151-1161.
- Cunningham, P. A. (2007). The role of psychiatric nurse in home care. *Home Healthcare Nurse*, 25(10), 645-652.

- Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D., & Mcfarlane, W. R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational Multiple-Family group treatment. *Psychiatric Service, 53*(6), 749-754.
- Dyck, D. G., Short, R. A., Hendryx, M. S., Norell, D., Myears, M., Patterson, T., et al. (2000). Management of negative symptom among patients schizophrenia attending multiple family group. *Psychiatric Service, 51*(4), 513-519.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Buldwin, L. M. (1984). *The McMaster Model of Functioning*. Retrieved April 9, 2016, from <http://www.epstein.html.com>.
- Fallon, I. R. H. et al. (1985). *Family management of schizophrenia: A study of clinical, social, family and economic benefits*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal, 92*(6), 1-3.
- Gispén-de Wied, C. C. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. *European Journal of Pharmacology, 405*(1-3), 375-384.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to condense: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychomedication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 277-284.
- Hanzawa, S., Bae, J. K., Tanaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H. et al. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 64*(4), 377-386.
- Hegde, S., Rao, S. L., & Raguram, A. (2007). Integrated psychological intervention for schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 11*(2), 5-18.
- Honkonen, T., Saarinen, S., & Salokangas, R. (1999). Deinstitutionalization and Schizophrenia in finland II: Discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 543-551.
- Hoolley, J. M. (2007). *Expressed emotion and relapse of Psychopathology*. Retrieved September 5, 2017, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716059>.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry*. Baltibore: Williams & Wilkins.
- Kurtz, M. M., Wexler, B. E., Fujimoto, M., Shagan, D. S., & Seitzer, J. C., (2008). Symptoms versus Neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation. *Schizophrenia Research, 102*, 303-311.
- Liberman, R. (2006). *Dissemination and adoption of social skill training: Social validation of an evidence-base treatment for the mentally disable*. Los Angeles, CA: Geffen UCLA School of Medicine.

- Lindenmayer, J. P., & Khan, A. (2006). Psychopathology. In: Liberman, JA. Stroup, TS. Perkin, DO. eds. *Textbook of Schizophrenia*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- MacFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S.A., Newmark, M., et al. (1995). Multiple family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 52, 679-687.
- Marom, S., Munitz, H., Jones, P. B., Weizman, A., & Hermesh, H. (2005). Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 751-758.
- McDonagh, L. A. (2005). *Express Emotion as a precipitate of relapse in psychological disorder*. Retrieved March 12, 2014, from <http://www.Personalityresearch.Org/papers/McDonagh.html>.
- Millier, A., Sarlon, E., Azorin, J. M., Boyer, I., Aballea, S., Auquier, P., et al. (2011). Relapse according to antipsychotic treatment in schizophrenic patients: A propensity-adjusted analysis. *BMC Psychiatry*, 11, 1-9.
- Murphy, N. (2007). Development of family interventions: a 9-month pilot study. *British Journal of Nursing*, 16(15), 948-952.
- Sadock, J. B. & Sadock, A. V. (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, J. B., & Sadock, A.V. (2016). *Synopsis of psychiatry*. (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sethabouppha, H., & Kane, C., (2005). Caring for the seriously mentally ill in Thailand; Buddhist family caregiver. *Archives Psychiatric Nursing*, 19(2), 44-45.
- Sun, Y. K. S., & Cheung, K. S. (1997). Family functioning, social support to families, and Symptom remittance of schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 7(2), 19-25.
- Sung-Man, B. et al. (2010). Predictive factors of social functioning in patient with schizophrenia. *Psychiatry Investing*, 7, 93-101.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Dorn, R. A. V., Elbogen, E. B., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. A. (2006). National study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499.
- World Health Organization (WHO). (2013). *WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020*. Retrieved September 1, 2017, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.
- World Health Organization (WHO). (2016). *The ICD-10 classification of mental and behavior disorders*. Geneva: n.p.
- Wu, E. Q., Brinbaum, H. G., Shi, L., Ball, D. E., Kessler, R. C., & Moulis, M. (2005). The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1122-1129.