

ปัจจัยทำนวยการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

นางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING EXPRESSED EMOTION OF FAMILY CAREGIVER OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS, UPPER PART OF SOUTHERN REGION



Mrs. Chonmaporn Pongjantarasatien

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

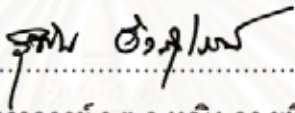
Chulalongkorn University

Academic Year 2006

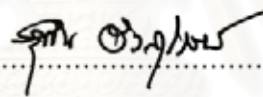
Copyright of Chulalongkorn University

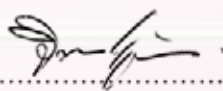
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน
โดย	นางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

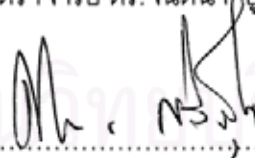
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ติเรก ศรีสุข)

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร : ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. (FACTORS PREDICTING EXPRESSED EMOTION OF FAMILY CAREGIVER OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS, UPPER PART OF SOUTHERN REGION)
อ. ที่ปรึกษา : รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 142 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน และเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย ร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ภาคใต้ตอนบน จำนวน 160 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบวัดความทุกข์ทรมาน แบบวัดความสามารถในการดูแล แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทุกฉบับ โดยมีค่า Cronbach Alpha .74,.86,.78,.89,.86,.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพิ่มเติมแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับที่เหมาะสม
2. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 29.7 ($R^2=.297$)
3. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ ร้อยละ 11.6 ($R^2=.116$)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ}} = .340 Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต}} - .270 Z_{\text{ความสามารถในการดูแล}} + .197 Z_{\text{ระยะเวลาการเผชิญหน้า}}$$

$$Z_{\text{การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก}} = .258 Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต}} - .166 Z_{\text{การเผชิญความเครียด}}$$

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อผู้จัดทำ.....
ปีการศึกษา.....2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4877562036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: EXPRESSED EMOTION / FAMILY CAREGIVER OF SCHIZOPHRENIC PATIENT

CHONMAPORN PONGJANTARASATIEN : FACTORS PREDICTING EXPRESSED EMOTION OF FAMILY CAREGIVER OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS, UPPER PART OF SOUTHERN REGION THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 142 pp.

The purposes of this descriptive research were to study expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients, and determine predictors of expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients. The predicting variables were a factor related to patients which was working status; factors related to family caregiver which were income, problem focus coping strategies, perceived severity of illness, sense of suffering, patient care ability, and face to face contact. Research subjects which were selected by multistage sampling, were 160 family caregivers of schizophrenic patients receiving mental health treatment in out patient department of hospitals upper part of southern region. Research instruments were scales which were designed to measure problem focus coping strategies, sense of suffering, patient care ability, perceived severity of illness, and expressed emotion of family caregivers, positive and negative aspects. The reliability of the scales by Cronbach Alpha were .74,.86,.78,.89,.86,.89, respectively. Statistical techniques utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and stepwise multiple regression

Major findings were as follows:

1. Expressed emotion in positive and negative aspects of family caregivers of schizophrenic patients, upper part of southern region were at the appropriate level.
2. Factors significantly predicted negative expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients were perceived severity of illness, patient care ability, and face to face contact, at the .05 level. These predictors were accounted for 29.7 percent ($R^2 = .297$)
3. Factors significantly predicted positive expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients were perceived severity of illness, and patient care ability, at the .05 level. These predictors were accounted for 11.6 percent ($R^2 = .116$)

The Standardized Score function was :

$$\begin{array}{rcl}
 Z & = & .340 Z \\
 \text{Negative expressed emotion} & +.197Z & \begin{array}{l} \text{Perceived severity of illness} \\ \text{Patient care ability} \end{array} \\
 & & - .270Z \\
 \\
 Z & = & .258 Z \\
 \text{Positive expressed emotion} & & \begin{array}{l} \text{Face to face contact} \\ \text{Perceived severity of illness} \\ \text{Problem focus coping} \end{array} \\
 & & - .166Z
 \end{array}$$

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature *Chonmaporn P.*

Academic year..... 2006..... Advisor's signature *Jintana Yunibhand*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ความรู้ ตรวจสอบแก้ไข ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นที่กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างถึงความเสียสละของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ ประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยรวมทั้งเป็นที่กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล สอนสราญรมย์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลพังงาและโรงพยาบาล กระบี่ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่ เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่ออุทิศ คุณแม่อุบลรัตน์ และ เกาส์กรหญิงเขาวนีย์ ภูมิชัย ที่เป็นแรงใจ คอยสนับสนุนด้านการศึกษแก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณคุณมีเดช พงศ์จันทร์ เสถียร ที่ได้คอยดูแล ห่วงใย ให้กำลังใจช่วยเหลือ สนับสนุนทุก ๆ ด้าน รวมทั้งเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ และมุ่งมั่นในการศึกษาจนสำเร็จด้วยดี

ท้ายนี้ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคน ที่ให้กำลังใจ ปลอบโยน ช่วยเหลือตลอดมา รวมทั้งสมาชิกกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทุกท่านที่คอยช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และเป็นกำลังใจแก่ข้าพเจ้าตลอดเวลาที่ศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

ท

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ผู้ป่วยจิตเภทและการดำรงชีวิตในครอบครัว.....	13
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวภาคใต้ตอนบน.....	19
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว.....	26
การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	28
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	57
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	60
การหาความตรงของเครื่องมือ.....	66
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ.....	67
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71

	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล.....	94
สรุปผลการวิจัย.....	95
อภิปรายผลการวิจัย.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	106
รายการอ้างอิง.....	107
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	123
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
แบบฟอร์มพิกษสิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม.....	132
ภาคผนวก ค การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	135
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	142

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง		หน้า
1	จำนวนโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน.....	60
2	ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
3	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
4	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ลักษณะ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละ สัปดาห์.....	72
5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาการ เจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน.....	74
6	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และค่าความถี่ร้อยละ ของระดับคะแนนการ แสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ.....	75
7	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และค่าความถี่ร้อยละ ของระดับคะแนน การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก.....	76
8	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน และรายข้อ.....	77
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน และรายข้อ.....	79
10	ศึกษาค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความ ทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต.....	80
11	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่ง แก้ปัญหา.....	81
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามรายด้านและรายข้อ.....	82
13	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความทุกข์ทรมาน.....	84
14	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต.....	85

สารบัญตาราง

ญ

ตาราง

หน้า

15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจของรายได้ การทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบ มุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทความทุกข์ทรมาน และการ รับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....	86
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และสัมประสิทธิ์การ ถดถอยของตัวแปรในการพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานและค่าคงที่ของการ พยากรณ์.....	87
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ ถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และการทดสอบความมีนัยสำคัญของ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้าน ลบของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน.....	88
18	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ และค่าคะแนนมาตรฐาน ทดสอบความมีนัยสำคัญของตัวพยากรณ์.....	89
19	วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจของรายได้ การ ทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความ ทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการแสดงออกทาง อารมณ์ด้านบวก.....	90
20	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และสัมประสิทธิ์การ ถดถอยของตัวแปรในการพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และค่าคงที่ของการ พยากรณ์.....	91
21	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ ถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และการทดสอบความมีนัยสำคัญของ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้นในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้าน บวกของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน.....	92

22	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ และค่าคะแนนมาตรฐาน ทดสอบความมีนัยสำคัญของตัวพยากรณ์.....	93
----	--	----



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย โดยที่ความรู้สึกตัวและเชาวน์ปัญญายังคงปกติ (World Health Organization: WHO, 1992) โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคจิตเวชทั้งหมด พบว่าประมาณร้อยละ 40 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวชเป็นโรคจิตเภท ประชาชนทั่วไปมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 1-1.5 และอัตราความชุกของโรคจิตเภทในระดับโลกมีประมาณร้อยละ 0.5-1 หรือประมาณ 5-10 ต่อประชากร 1,000 คน (Long 2001; Gauttiere, 1999; Bethesda, 1999) แม้ว่าโรคจิตเภทจะไม่ก่อให้เกิดหรือเป็นสาเหตุของความตาย แต่พบว่าเกินร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ก่อให้เกิดการเสื่อมของความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม (Kaplan & Sadock, 2000)

ปัญหาสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือการกำเริบซ้ำของโรค พบว่ามีอัตราการกำเริบซ้ำสูงที่สุด (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่าโรคจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งก่อให้เกิดภาวะการสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคจิตเภท ถึงร้อยละ 11 ของความสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2548) ถึงแม้ว่าในการรักษาผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญกับการป่วยซ้ำ โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกับในปัจจุบันยารักษาโรคจิตได้มีการพัฒนาไปมากแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ให้หมดไปได้ เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งจากอาการของโรคและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของผู้ป่วย (ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, 2549)

มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Sullivan, Well, Morgenstern & Leak, 1995) การใช้สารเสพติด การไม่มาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจตามนัด (Chen, 1991) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและบริบทของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำพบว่า การที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยถูกรังเกียจและถูกแยกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความสะเทือนใจ มีความเครียด ผลที่ตามมาคือเกิดการป่วยซ้ำ

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้ยึดนโยบายของการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Deinstitutionalization) (พหล วงศาโรจน์, 2541) ด้วยมีแนวคิดว่าการครอบครัวยุคใหม่เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญและดีที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

(Loukissa, 1995) และครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกระยะ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) จึงอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยด้านครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จากรายงานการศึกษาถึงปัญหาด้านครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Bebbington & Kuipers, 1994; Butzlaff & Hooley, 1998; เพชร คันธสายบัว, 2544) โดยพบว่าความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเกิดการที่สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิตีเยียนและการก้าวร้าวการกระทำทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับมาก (Sonpaveerawong, 2002) มีผลให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำ (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ, 2531; Kuiper, et al., 2006) ก่อให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่ สัมพันธภาพทางสังคม ส่งผลทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล

การศึกษาถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา เริ่มต้นจากการศึกษาของ Brown et al. ในปี 1962 ได้ทำการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำ ซึ่งได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำ และได้มีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ซ้ำอีกหลายครั้ง โดยผลการวิจัยพบว่า ภายใน 9 เดือนหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปสู่ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีโอกาสป่วยซ้ำร้อยละ 58 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่จากครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำมีโอกาสกำเริบซ้ำเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น

การที่จะแยกว่าครอบครัวไหนมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงหรือต่ำ แยกได้โดยสังเกตจากแนวโน้มของครอบครัว คือ ครอบครัวที่มีความอบอุ่น มีความห่วงใย มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันมีความอดทน ยืดหยุ่น ไม่ก้าวร้าวซึ่งกันและกัน แสดงว่าครอบครัวนั้นมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ แต่ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มักไม่อดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีที่ไม่เหมาะสมและไม่ยืดหยุ่นกับผู้ป่วย มีความผูกพันทางอารมณ์สูง หรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ในครอบครัว (Rungreangkulkij and Giliss, 2000; Barrowclough & Hooley, 2003)

การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ภาษาพูด ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความรักและการแสดงความรักเป็นมิตร แบ่งออกเป็น การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ 1) การวิพากษ์วิจารณ์ 2) การแสดงความเป็นมิตร 3) ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป และการ

แสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ 1) การแสดงความชื่นชมและ 2) การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร จากการศึกษาวิจัยพบว่า องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำมีเพียง 3 องค์ประกอบได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ซึ่งอาจเป็นเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งเท่านั้นก็ได้ (Baker, 1993; Giron & Gomez Beneyto, 1998; King & Dixon, 1999; ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2531; Sadock & Sadock, 2004) ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ซึ่งเป็นการแสดงออกในทางชื่นชม และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยในลักษณะนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับต่ำ และส่งผลต่อการป่วยซ้ำน้อยกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่กับผู้ดูแล ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงแม้ผู้ป่วยจะมีการใช้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ก็ไม่สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้ (Leff, 1981) นอกจากนี้การศึกษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al. (1986); Tamminga & Schulz (1997 อ้างถึงใน อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับป่วยซ้ำสูง

การศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการศึกษาอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ โดยมีทั้งการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งในผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนรายงานการศึกษา พบว่าระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละสังคมนั้นไม่เหมือนกัน เช่น มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศอินเดียมีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศเดนมาร์คและอังกฤษ (Wig et al., 1987) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศอิตาลีส่วนใหญ่มีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (EOI) สูงกว่าด้านอื่น ๆ (Bertrando et al., 1992) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ฝรั่งเศสมีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์สูง (Barrelet et al., 1990)

การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงร้อยละ 37 แม้มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าพ่อ (Mino et al., 1995) ในขณะที่ประเทศอิหร่านนั้นพ่อมีระดับการวิพากษ์วิจารณ์สูงกว่าแม่ ส่วนในประเทศจีน มีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตเมือง พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมากกว่าการ

แสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์จะมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไปสูง (Phillips & Xiong, 1995)

ประเทศไทยการศึกษากการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาอยู่ในระดับปานกลาง (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533) ส่วนในภาคอีสาน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (ภรดี ไชยสิน, 2545) ซึ่งผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการแสดงออกทางอารมณ์ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนในการกำหนดความแตกต่างของการแสดงออกทางอารมณ์ในแต่ละสังคม (Lazarus, 1975 อ้างถึงใน วิภาดา แซ่ตั้ง; Ekman & Friesen, 1987; Ekman, 1994; Bhugra & McKenzie, 2003) สังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ โดยแต่ละสังคมและวัฒนธรรมจะมีความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐาน และประเพณีที่จะคอยกำหนดให้บุคคลในแต่ละท้องถิ่นแสดงออกต่างกัน การศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผ่านมา ผู้ศึกษาจึงได้เลือกศึกษาเฉพาะในบางพื้นที่ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมของแต่ละภาคของประเทศไทย พบว่า ภาคใต้ มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เฉพาะ และชัดเจนกว่าภาคอื่น ๆ โดยพบว่า ภาคใต้มีการแสดงอารมณ์อย่างตรงไปตรงมา ลักษณะเด่นของบุคลิกชาวใต้คือ กล้าแสดงออก กล้าโต้แย้ง (เลิศชาย ศิริชัย, 2546) ซึ่งมีความแตกต่างจากภาคอื่น ๆ นอกจากนี้ภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง ยังมีความแตกต่างในด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี และศาสนา ภาคใต้ตอนล่างมีความหลากหลายในด้านการนับถือศาสนาอย่างเห็นได้ชัด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในพื้นที่ภาคใต้ตอนบนซึ่งมีความใกล้เคียงด้านวัฒนธรรม

การแสดงออกทางอารมณ์ มีการศึกษาในวัฒนธรรมอื่นมานาน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ ในต่างประเทศมีการศึกษา ในด้านการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกประกอบด้วย ความรุนแรงของโรคและทักษะในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Moore et al., 1992; Bebbington & Kuiper., 1994) บุคลิกเฉพาะตัวของผู้ดูแล (Schreiber et al., 1995) ภาระการดูแล ระยะเวลาในการเผชิญหน้าระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล (Sczufca & Kuiper, 1996; 1998) การไม่มีอาชีพ การเข้ารับการักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง พฤติกรรมที่น่ารำคาญของผู้ป่วย (Bentsen

et al., 1998) ความร่วมมือในการรับประทานยา ความทุกข์ทรมาน (Shimodera et al., 2000) อาการของโรค อายุของผู้ป่วย เครือข่ายทางสังคม (Humbrecht et al., 2002) ความรุนแรงของอาการทางจิต (King et al., 2003) และการศึกษาของประเทศไทยพบว่า สถานภาพทางการเงินของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล (ภรดี ไชยสิน, 2545) มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์

ส่วนการศึกษาที่ทดลองที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาการลดการแสดงออกทางอารมณ์โดย ได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Cozolino et al., 1988) ฝึกทักษะการสื่อสาร และการแก้ปัญหา ภายในครอบครัว (Falloon et al., 1982, 1985 cited in Brooker., 1990) ในผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง และมีการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลและความทุกข์ทรมานสูงจากการดูแลผู้ป่วย (Stengard., 2003)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาการลดแสดงออกทางอารมณ์ในภาพรวม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ และคาดว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวกได้ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมีหน้าที่ให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวว่าอยู่ในระดับใด ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ในแต่ละด้านเป็นอย่างไร และในประเทศไทยมีปัจจัยอะไรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Karanci & Inandilar (2002) เป็นแนวทางในการคัดสรรตัวแปรต้น ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้มีการคัดเลือกตัวแปรที่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยตัวแปรที่คัดสรรครอบคลุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งหมด ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลซึ่งจะสะท้อนภาระในการดูแลของผู้ดูแล และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

การศึกษานี้ ต้องการศึกษาลดแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ลักษณะอย่างไร ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความเป็นมิตร และการแสดงออกในทางชื่นชม และด้านใดมีการแสดงออกสูงที่สุด

นอกจากจะได้ทราบเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์แล้ว ยังจะได้ทราบเกี่ยวกับ การเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของ อาการทางจิตและความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทาง อารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในบริบทของภาคใต้ตอนบน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูล ที่สำคัญเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล ให้คำแนะนำปรึกษา วิธีการแก้ไขปัญหาการ แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งเป็นแนวทางในการ จัดรูปแบบบริการพยาบาล เพื่อการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การ รับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการเผชิญหน้า ร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน โดยเลือกศึกษาปัจจัย ตามที่ Karanci & Inandilar (2002) ได้ศึกษา คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยได้อธิบายว่าปัจจัยด้านผู้ดูแล และผู้ป่วย มีความสำคัญต่อการออกแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดระดับการ แสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลส่งผลต่อการกลับป่วย ซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งตัวแปรประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน ปัจจัยด้าน ผู้ดูแลประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน และ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ทางจิต

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

การทำงาน การที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ในระดับหนึ่ง ผู้ดูแลจึงไม่วิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตร และไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (ภรดี ไชยสิน, 2545) นอกจากนี้การมีงานทำของผู้ป่วยยังบ่งบอกถึงการมีรายได้ ที่จะสามารถลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว การที่ผู้ป่วยไม่ทำงานทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีการศึกษาพบว่าการทำงานหรือการไม่ทำงานของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Bentsen et al., 1998; Boye et al., 1999; ภรดี ไชยสิน, 2545) ดังนั้นการมีหรือไม่มีงานทำน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

ปัจจัยด้านผู้ดูแล

ความเพียงพอของรายได้ รายได้ของครอบครัวเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และเอื้อให้บุคคลสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; พิศสมร เดชดวง, 2545) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการมีรายได้ของครอบครัวที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุหนึ่งของการแสดงออกทางอารมณ์ โดยพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีสถานภาพทางการเงินแบบไม่เพียงพอมีความแตกต่างจากผู้ดูแลที่มีสถานภาพทางการเงินแบบเพียงพอ (ภรดี ไชยสิน, 2545) และผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Leff et al., 1987) ความเพียงพอของรายได้น่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงความคิดและการกระทำหรือมุ่งแก้ไขความเครียดให้หมดไป ความเครียดเป็นสาเหตุโดยตรงของการแสดงออกทางอารมณ์ พ่อ แม่ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท จะมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ง่าย มีการศึกษาถึงการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในด้านการพยายามแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ (Solomon and Draine, 1995) เนื่องจากผู้ดูแลต้องประสบกับอาการหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือสถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น (เชื้ออารีย์ สาริกา, 2543) และต้องแบกรับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแล ย่อมส่งผลต่อสุขภาพะทางอารมณ์ทำให้ไม่สามารถควบคุมและแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall & Docherty (2000) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่ง

แก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา น่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต อาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนมีอาการคงที่แล้ว แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ซึ่งอาการของผู้ป่วยอาจจะแสดงในด้านอาการทางบวก อาการทางลบ หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม การแต่งกายสกปรก แปลก (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) มีการแยกตัวจากสังคม ยึดหรือหวั่นหวาดคนเดียว (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) และบางครั้งอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้น การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายข้าวของ พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอันตราย ทะเลาะวิวาท (สมภพ เรืองตระกูล, 2536) อันจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจ เกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับ การศึกษาซึ่งพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย (Moore and Kuipers, 1992; Oliver and Kuipers, 1996; Synder et al, 1994 cited in Humbeeck, 2002) และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

ความทุกข์ทรมาน เป็นผลที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย เป็นความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการดูแลหรือการทำหน้าที่ในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (Baker, 1989) สภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทจะอยู่ในภาวะเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ผิดหวัง บางรายมีเวลานอนน้อยมากและตื่นกลางดึกเพราะเกิดความเป็นห่วงผู้ป่วย การศึกษาของเอื้ออารีย์ สาริกา (2543) พบว่าอาการที่เกิดกับผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีภาวะสุขภาพทรุดโทรม ปรากฏอาการทางกาย ได้แก่ การนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย อาการด้านจิตใจ ได้แก่ หงุดหงิด อารมณ์เสีย วิตกกังวล เศร้า เกิดเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ ในสภาพการณ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการมีสภาพตึงเครียดด้านจิตใจตลอดเวลา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบสนองต่อแรงกดดันดังกล่าวด้วยการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรง ต่ำว่า ต่ำหนี วิพากษ์วิจารณ์ และทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนผู้ป่วย เอาอกเอาใจผู้ป่วยตลอดเวลา (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การศึกษาของ Barrowclough & Parle (1997) พบว่าผู้ดูแลที่มีความทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วยจะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงตลอดช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วยด้วย และ Shimodera et al.(2000) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานกับการแสดงออกทางอารมณ์ ความทุกข์ทรมานจึงน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นสิ่งที่แสดงถึงการกระทำของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล (วันดี ไตสุขศรี, 2539) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแล (Scazufca and Kuiper, 1996; 1998) โดยผู้ดูแลจะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงเมื่อภาระในการดูแลสูงและมีการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล (จริยา วิทยะศุภกร, 2539; Bull, 1990 อ้างถึงใน วันดี ไตสุขศรี, 2539) ดังนั้น หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกถึงภาระในการดูแลก็จะลดลงซึ่งจะส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ดังนั้นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

ระยะเวลาการเผชิญหน้า ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถึงการมีภาระเพิ่มมากขึ้นในการที่ต้องเผชิญกับอาการแสดงและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จากการศึกษาของ Brown et al. (1972) พบว่าระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการติดต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างน้อยที่สุด 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boye et al. (1999) พบว่าระยะเวลาที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการเผชิญหน้าหรือมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ตั้งแต่ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไปมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์น่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

จากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแล และระยะเวลาการเผชิญหน้า น่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาของการเผชิญหน้า สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

จิต ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาของการเผชิญหน้า สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ประกอบด้วย จังหวัดสุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ชุมพร ระนอง กระบี่ พังงา ภูเก็ต

ตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรทำนาย คือ

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน
2. ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียด

แบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และ ระยะเวลาของการเผชิญหน้า

ตัวแปรเกณฑ์คือ การแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะวิเคราะห์เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป
2. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร และการแสดงความชื่นชม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึง การแสดงในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึง การใช้คำพูด และ/หรือการใช้ น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

2. การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การตำหนิติเตียน และการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง ตำหนิวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าตำหนิวิจารณ์ที่การกระทำ

3. ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion over-involvement) หมายถึง การมีความห่วงใยในผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือแสดงความเสียสละ การกระทำแทนผู้ป่วย โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไปไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก หมายถึง การแสดงในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1. การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

2. การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และแสดงความชื่นชมยินดี ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

ในการวิจัยนี้ใช้แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สร้างโดย Sunpaweravong (2006) ตามแนวคิดของ Brown et al.(1972)

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบิดาหรือ มารดา สามีหรือภรรยา พี่น้องหรือนุตร หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ

การทำงาน หมายถึงงานที่ผู้ป่วยจิตเภททำประจำเพื่อเลี้ยงชีพ ตามความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันและมีค่าตอบแทนจากการทำงานนั้น แบ่งเป็น การมีงานทำและไม่มีงานทำ

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินรายได้ของตนเองและครอบครัวสำหรับ ใช้จ่ายในการครองชีพ การซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยา และการเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว แบ่งเป็น รายได้เพียงพอ และไม่เพียงพอ

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการแสดงทั้งด้านการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความเครียดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งสร้างและเรียบเรียงจากการศึกษาแนวคิดของ Jalowich (1983)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ที่สังเกตเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตไปจากที่ตนเองเคย

รู้สึก ที่ครอบคลุมความรุนแรง เวลาหรือความถี่ รูปแบบของการเกิดอาการ และผลที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งวัดได้จากแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) จากการพัฒนาโดย Overall & Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 อาการ

ความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว สามารถวัดได้โดยแบบวัดความทุกข์ทรมานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติ การกระทำในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสิทธิภาพ การดูแล เอาใจใส่ ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และความแข็งแรงทางด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแล ในการ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประเมินความสามารถ ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล 4 ด้านคือ ด้านความเข้มแข็งในตนเองและ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแล ด้านความรู้และ ประสิทธิภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความแข็งแกร่งทางด้าน ร่างกาย และด้านความเอาใจใส่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท สามารถวัดได้โดยแบบวัดความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดของ Denyes & Filday (1986)

ระยะเวลาการเผชิญหน้า หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกัน ในแต่ละวัน โดยคิดรวมกันในหนึ่งสัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ น้อยกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลให้สามารถวางแผนเพื่อการป้องกันการป่วยซ้ำ เพิ่มคุณภาพการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตใน ครอบครัวได้อย่างมีความสุข
2. เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยจิตเภทและการดำรงชีวิตในครอบครัว
 - 1.1 ผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค
 - 1.4 การรักษา
 - 1.5 การดำรงชีวิตในครอบครัว
 2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวภาคใต้ตอนบน
 - 2.1 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 ความหมายและแนวคิดสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver)
 - 2.3 ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.4 หน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว
 3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
 4. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์
 - 2.3 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์
 5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย
1. ผู้ป่วยจิตเภทและการดำรงชีวิตในครอบครัว
 - 1.1 ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทกล่าวโดยทั่วไปคือ ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

ตามความหมายของ ICD-10 กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักดีอยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) (อ้างใน เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการ การคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย หรือมีพฤติกรรมแปลก ๆ

สมภาพ เรื่องตระกูล (2542) ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด (thought) อารมณ์ (affect) การรับรู้ (perception) และพฤติกรรม (behavior) เป็นลักษณะสำคัญ โดยที่ไม่มีโรคทางกาย หรือโรคทางสมอง

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมากได้แก่

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factor) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นโอกาสสูงเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พุกษาศาติคุณากร, 2534)

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสาร dopamine มากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสาร dopamine ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสาร dopamine ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสาร serotonin กับสาร dopamine มีความผิดปกติ

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและ

ช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (Taylor, 1994 ; Johnson, 1993) คือ

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms/Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัดคือ มีความผิดปกติของความคิด ทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีอาการผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือ หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms/Type II syndrome) คือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง หรือเป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี บางรายมีอาการอยู่ท่าเดียวนาน ๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท

โดยเฉพาะในด้านการขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยชา (Blunt or Flatting) บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไป ผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และ Talor, 1994)

การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539; เกษมตันติผลาชีวะ, 2536) ดังนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานแย่ลง ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา ไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปญาติหรือคนใกล้ชิดมักสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่มีอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอนและอาการที่พบบ่อยมีดังนี้

2.1 ด้านพฤติกรรม บางรายเก็บตัว ไม่อาบน้ำติดต่อกัน ผสมกปรกรูปร่าง กลางคืนไม่นอน เดินไปมา ทำท่าทางแปลก ๆ บางครั้งหงุดหงิด ฉุนเฉียว มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2 ด้านความคิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หมกมุ่นแต่ความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว หลงผิด คิดว่าคนมาทำร้าย หลงผิดคิดว่าตนเองมีกระแสจิตมีการโต้ตอบกัน ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทางเดียวกัน มีลักษณะการพูดไม่จบประโยคก็จะหยุดพูด เนื่องจากกระแสความคิดขาดหายไป

2.3 ด้านอารมณ์ มีลักษณะอารมณ์แบบไม่เหมาะสม เช่น ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเหตุการณ์ในขณะนั้น หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้น

2.4 ด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทักษะทางสังคมเสื่อมลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการหรือบางรายมีอาการแต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนส่วนมากจะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยน้อยลง ไม่สนใจสิ่งอื่น ไม่สามารถรักษาทักษะการติดต่อทางสังคม ระยะนี้อาจนานประมาณ 6 เดือน หลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่า

การพยากรณ์โรค (Prognosis)

การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยจิตเภทจะดีหรือไม่ดี ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2539) คือ อายุที่เริ่มเป็น ถ้าอายุยิ่งน้อยการพยากรณ์โรคยิ่งไม่ดี ผู้ป่วยที่มีอาการอย่างเฉียบพลัน (acute onset) มีพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป (insidious onset) บุคลิกภาพและการปรับตัวก่อนป่วย ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพเดิมไม่ดี มีการปรับตัวด้านสังคม การเรียน การงาน และการแต่งงานไม่ดีมาก่อน มักมีการพยากรณ์โรคไม่ดี อาการทางอารมณ์ เช่น Mania ที่เกิดร่วมกับโรคจิตเภทมักบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี การมี Negative symptoms เด่น และการมี Obsessive-compulsive symptoms มักบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยมีครอบครัวที่มีลักษณะเกือหนุนช่วยให้การพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีครอบครัวที่มีจิตพยาธิสภาพหรือไร้ญาติขาดมิตรการแสดงออกทางอารมณ์ (expressed emotion) ของคนในครอบครัวทางลบมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การรักษา

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม โดยมีหลักที่สำคัญคือ การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการรุนแรงของโรคและการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย ปัจจุบันการรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาสั้น ประกอบกับแนวโน้มของการรักษาต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1. การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต (Antipsychotic) เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท จะช่วยลดอาการทางจิต เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ช่วยควบคุมอาการด้านบวก ลดการป่วยซ้ำได้ ยารักษาโรคจิตเป็นยา กลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ต้นติผลาชีวะ และลักษณะธีรโมกษ์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบสำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ ทางระบบประสาท เกิดอาการ ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการ สั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองเพื่อกระตุ้นให้เกิดอาการชักแบบทั่วตัว การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการตัวแข็ง (catatonic) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (severe depression) ร่วมด้วย

3. การรักษาทางจิตสังคม

3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาโดยใช้วิธีการของจิตบำบัดระดับประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล

3.2 การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family counseling or psychoeducation) ครอบครัวมักจะเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้ บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มความกดดันผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ ครอบครัวบำบัดหรือการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

3.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ปัญหาให้คำแนะนำกัน ฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

3.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยส่งเสริมการรักษาประกอบด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ การจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.2 การดำรงชีวิตในครอบครัว

การอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวของบุคคล แต่ละคนย่อมมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ทั้งการให้ความรักความเอาใจใส่ อบรม เลี้ยงดู สมาชิกคนอื่นในครอบครัว จัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยสี่ รวมถึงการจัดหาซึ่งบริการด้านสุขภาพ การประกอบอาชีพหารายได้ เพื่อจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพ รวมทั้งร่วมเผชิญปัญหาเพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่อง (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2545) แต่เมื่อบุคคลป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน รวมทั้งการมีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ ทำให้เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินชีวิตย่อมส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว จากการศึกษาของพันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหาในเรื่องของการหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือได้ค่าจ้างที่ต่ำกว่ามาตรฐาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความสามารถในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยา และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือทั้งด้านความคิด การตัดสินใจ การทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เพลินพิศ

จันทร์ศักดิ์และคณะ, 2539) และจากการศึกษาของ สุวิมล สมิตตะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักจะแยกตัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาการคับข้องใจของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้านตามคำแนะนำได้

ลักษณะปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล กระทั่งต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จนมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงแก่ผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าจะเป็นการวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร หรือความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไปซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยในที่สุด

2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวภาคใต้ตอนบน

ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน ครอบครัวจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีและความสามารถในการปรับตัวที่ดีในสังคมต่อไป

2.1 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น บิดา มารดา พี่น้อง สามี ภรรยา บุตร มีกรอบของวัฒนธรรมและประเพณีเดียวกัน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

ปัจจุบันสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งด้านโครงสร้างของครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโครงสร้างครอบครัวไทย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว โดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยลง ลักษณะครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นแบบครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น และในครอบครัวจะมีสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้แต่ละครอบครัวต้องมีภาระสูงขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัว พบว่าครอบครัวไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น โดยมีการศึกษาพบว่า คนในสังคมเมืองส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตแบบครอบครัวเดี่ยวที่มีเฉพาะ พ่อ แม่ ลูกเท่านั้น

3. การเปลี่ยนแปลงในระบบความสัมพันธ์ ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางระบบเศรษฐกิจ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาสู่ครอบครัว ทำให้ความใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัวมีลดน้อยลง และนอกจากนั้นสังคมไทยได้เปลี่ยนบทบาทของสามีจากการเป็นผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว และภรรยามีหน้าที่รับผิดชอบงานบ้านและลูก ๆ โดยภรรยามีส่วนช่วยหารายได้เพิ่มเติม และสามีมีส่วนรับผิดชอบในงานบ้านเพิ่มขึ้น แต่ในบางครอบครัวกลับมีเพียงสามีหรือภรรยาต้องรับหน้าที่หนักทั้งในบ้านและนอกบ้าน

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสำคัญของครอบครัว อันเนื่องมาจากการที่ผู้คนจำนวนมากคิดว่าครอบครัวไม่ใช่สิ่งสำคัญ บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องมีครอบครัว คนส่วนหนึ่งจึงเลือกใช้ชีวิตอยู่คนเดียว หรืออยู่เป็นโสดมากขึ้น และคู่สมรสมีการหย่าร้างกันมากขึ้น มีแม่จำนวนมากเลี้ยงลูกโดยปราศจากพ่อ หรือครอบครัวที่แตกแยกทำให้ลูกต้องอาศัยอยู่กับญาติ

จากลักษณะของครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นเมื่อครอบครัวใดมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ ส่งผลให้ต้องมีบุคคลในครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และพาผู้ป่วยไปรับการรักษา ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นปัญหาซ้ำแล้วซ้ำอีก ถ้าครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ครอบครัวก็จะสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ แต่หากครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทยังอาจก่อให้เกิดความไม่สมดุลของครอบครัวในวันข้างหน้าได้ ครอบครัวอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความรู้สึกยิ่งมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย ๆ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) นอกจากนี้การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกลดน้อยลง (เพชร อินอิม, 2531) และสมาชิกในครอบครัวมีความเครียดเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งรู้สึกอับอายที่มีคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท (วรกช นิธิกุล, 2535)

2.2 ความหมายและแนวคิดสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver)

ความหมาย

ผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ “Informal Caregiver” คือสมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร รวมถึง ญาติ หรือเพื่อน ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแล โดยการช่วยเหลือต้องไม่ได้รับค่าตอบแทน

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ไว้ดังนี้

Horowitz (1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2541) ให้ความหมายของผู้ดูแล โดยจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทาน ยา การให้การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำ กิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราว ไม่ได้ทำหน้าที่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือเมื่อผู้ดูแลหลัก ไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือเป็นผู้ช่วยผู้ดูแลหลักเท่านั้น

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายว่าผู้ดูแล หมายถึง ญาติ หรือบุคคล ที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติหรือบุคคลในที่นี้หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต โดยให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็น บุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของ สมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือ ก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนค่าจ้าง หรือรางวัล

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความแตกต่างจากการดูแลโรคอื่น ๆ ซึ่งมีความ เฉพาะของโรค คือ โรคจิตเภท มีลักษณะอาการ และความรุนแรงของพฤติกรรม มีความบกพร่อง ด้าน ร่างกาย อารมณ์ ความคิด และสังคมซึ่งต่างกันในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคน ผู้ดูแลต้องมีการ สังเกตที่ดี มีความอดทน เข้าใจถึงสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการ ตัดสินใจและการให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นผู้ใกล้ชิด ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่บ้าน เดียวกันกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องกับ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติ โดยที่บุคคลนั้นไม่ได้รับ ค่าตอบแทน ใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วย

2.3 ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด มีผลถึง การรับรู้และพฤติกรรม (อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2545) ผู้ป่วยจะไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม แสดงอารมณ์ ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

อีกทั้งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน บางรายถึงตลอดชีวิต การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง บางครั้งมีอาการหรือแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า กลิ่นตัวเหม็น บางรายมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดคนเดียว ก้าวร้าวต่อผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ได้แก่ รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ บางรายได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543; นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological domain) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจหลาย ๆ ด้าน ในการทำหน้าที่ รู้สึกเครียด กังวล และอดทนต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติ ประกอบกับการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความเครียด สับสน วิดกกังวล นอนไม่หลับ ซึมเศร้ารุนแรง (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2531; วรกช นิธิกุล, 2535; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543)

3. ด้านความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยในทุกด้านเพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วย ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการระงับอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วยและบุคคลอื่น นับเป็นภาระของผู้ดูแลโดยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้ มักพบว่าความเป็นอิสระของบุคคลบกพร่องไป ไม่มีเวลาในการกิจวัตรส่วนตัวได้ตามต้องการ เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543)

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระในการดูแลด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ทั้งกิจวัตรประจำวัน และด้านพฤติกรรม ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมดังที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปทำบุญ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน ทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2531; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) เนื่องจากว่าไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรม (ปัทมา ทัพเสริ์ฟไท, 2535; วรกช นิธิกุล, 2535)

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) การมีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ในส่วนของความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เนื่องมาจากผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นมิตร ก้าวร้าว รุนแรง ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อบุคคลและทรัพย์สิน และต้องระมัดระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

6. ด้านเศรษฐกิจ โรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Gtendy and Ann, 1998 อ้างถึงใน ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ซึ่งพบว่าในครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการจ่ายค่ายาและค่าเดินทางไปพบแพทย์ (เพชร อินอิม, 2531)

2.4 หน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลใน

ครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุด เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลเป็นเวลานาน และมีอัตราการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ

ครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย ต้องทำหน้าที่และรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะดำเนินชีวิตในชุมชน ดังนี้ (Horowitz, 1982 cited in Davis, 1992 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน ในการดูแลมีหลักการที่สำคัญ คือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่

1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในการดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการอาบน้ำ สระผม แปรงฟัน และการรักษาความสะอาดของเล็บ

1.2 การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยในการทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีค่าตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบหมายให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยแยกตัวเอง ซึมเศร้า ถ้าได้ทำงานก็จะช่วยให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลอาจต้องจัดยาให้รับประทาน

1.4 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่และตรงเวลา ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยในเรื่องระบบขับถ่าย

1.5 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ในผู้ป่วยหญิงบางราย อาจมีการแต่งกายไม่เหมาะสม ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำให้เหมาะสมถูกกาลเทศะ

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ เช่น เสียง แสง ในรายที่นอนไม่หลับเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

1.7 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเป็นการให้ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้าน ทำให้ร่างกายแข็งแรง และลดปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นซึ่งเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาจิตเวช

1.8 การฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความบกพร่องในการเข้าสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต เช่น ทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติตน และมารยาทบางอย่างในสังคม ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ

1.9 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชนได้

1.10 การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการทำบุญตักบาตร และประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา

1.11 ทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ให้คำชมเพื่อเป็นการเสริมแรงเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงภูมิใจในและเกิดความมั่นใจในตนเอง

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotion and psychological support) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ว่างงาน ขาดการติดต่อกับสังคม สูญเสียภาพลักษณ์และบกพร่องในด้านบทบาททางสังคม

ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด สนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ หรือแสดงท่าทีที่ไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นสำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลต้องลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย

2.3 การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดและเกิดการป่วยซ้ำตามมา

2.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายสำหรับความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วย

สรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตัวเองให้มากที่สุด สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การเข้าสู่สังคม ชุมชน การเผชิญปัญหา รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามสภาพ

การแสดงออกทางอารมณ์กับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมส่งผลให้มนุษย์แสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน ภรดี ไชยสิน (2545) ได้แบ่งปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. สังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น Lutz (1986 อ้างถึงใน ภรดี ไชยสิน, 2545) กล่าวว่าสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ เนื่องจากเป็นสิ่งที่เราสัมผัสใกล้ชิดที่สุดตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ วัฒนธรรมทางภาษา ซึ่งหมายถึงทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง ภาษาเป็นตัวถ่ายทอดอารมณ์ของคนเราให้ผู้อื่นรับรู้เป็นอย่างดี หลายสังคมมีภาษาท้องถิ่นที่ใช้กันเอง สังคมไทยเป็นสังคมที่เป็นแหล่งรวมของผู้คนหลายวัฒนธรรม ซึ่งแต่ละภาคของไทยต่างมีวัฒนธรรมแตกต่างกันออกไป การแสดงออกทางอารมณ์จึงแตกต่างกันไป

2. สังคมและวัฒนธรรมภายนอก สังคมและวัฒนธรรมที่อยู่นอกเขตสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นมีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากทุกสังคมย่อมมีการติดต่อสัมพันธ์กับสังคม

อื่น ๆ ทำให้วัฒนธรรมสามารถถ่ายทอดจากสังคมหนึ่งไปยังอีกสังคมหนึ่งได้ เช่น การที่สังคมไทยรับเอาวัฒนธรรมต่าง ๆ จากสังคมตะวันตก หรือจากประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้นการแสดงออกทางอารมณ์ของคนไทยในแต่ละท้องถิ่นจึงแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมภายนอกที่มีการติดต่อกับสังคมอื่นด้วย

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลควรคำนึงถึงคือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้รับบริการและคุณภาพบริการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถแบ่งการให้บริการพยาบาลได้ ดังนี้

3.1 การพยาบาลในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มักมีอาการทางจิตรุนแรง เกินความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวที่จะดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

1. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล
2. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ การแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
3. ดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่าย และการพักผ่อนนอนหลับ

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความเข้มแข็งด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแกร่งของระบบกายวิภาคและสรีระภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

3.2 การพยาบาลในชุมชน

หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนมีอาการทุเลาแล้ว การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญอย่างมาก ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้ดูแลและครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล ทีมพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพจิต และ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540)

1. ส่งเสริมให้ค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยตนเองหรือโดยครอบครัวของผู้ป่วย
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเองและฟื้นฟูสภาพจิตใจภายในครอบครัวและชุมชน
3. ให้การดูแลเฉพาะเรื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในสภาพแวดล้อมและสังคมของแต่ละบุคคล
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้ในการดูแลตนเองและจัดการกับอาการทางจิต การรักษาอาการทางจิตที่อาจกลับเป็นซ้ำได้อีก
5. เพื่อให้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นจากโรงพยาบาลได้นำไปใช้ที่บ้านและสังคมเดิมของผู้ป่วย
6. เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้แผนการรักษา และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้
 1. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ประเมินอาการต่าง ๆ รวมทั้งร่างกาย สภาวะทางจิตต่อการรักษาต่าง ๆ และให้ยาตามคำสั่งการรักษา รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและชุมชน ที่จะเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วย
 2. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาการแสดงและอาการทางจิต การรักษา และการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด

อาการป่วยซ้ำ การสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา และกระบวนการตัดสินใจ สอนผู้ป่วยและครอบครัวถึงวิธีการเผชิญปัญหา เผชิญความเครียดและความขัดแย้ง

3. การประคับประคองและการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนและจัดทำแผนการส่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปรับการรักษาที่บ้าน ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวแยกแยะปัญหาและแก้ปัญหา หาแหล่งช่วยเหลือและใช้แหล่งช่วยเหลือเมื่อจำเป็น รวมทั้งช่วยครอบครัวแยกแยะความรู้สึกและพูดคุยกับผู้อื่นในทางสร้างสรรค์

4. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ การรักษายาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ดังนั้น การศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงได้รับความสนใจ ซึ่งสามารถรวบรวมได้ดังนี้

4.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของการแสดงออกทางอารมณ์ไว้ดังนี้

Brown et al.(1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) หมายถึง อารมณ์ และทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement)

Bulzlaff & Hooley (1998) ให้ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง สภาพแวดล้อมด้านครอบครัว ที่ผู้ดูแลแสดงต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูง จะแสดงอารมณ์ในด้าน การวิพากษ์วิจารณ์ หรือ การแสดงความไม่เป็นมิตร หรือการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป

Humbeeck et al.(2002) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกในรูปแบบของ น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท

4.2 องค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์

บราวน์ และคณะ (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) หมายถึง อารมณ์ และทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ซึ่งปรับเปลี่ยนจนเป็นมาตรฐานในการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก นั่นคือ

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย

1.1 การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) หมายถึง การใช้คำพูด และ/ หรือใช้น้ำเสียงที่แสดงออกถึงความไม่พึงพอใจหรือขุ่นเคือง หรือไม่เห็นชอบ ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.2 การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement) หมายถึง การแสดงความห่วง กังวล ความเสียสละ (Self-sacrificing) การเอาใจใส่จดจ่อ (Devoted Behavior) โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไป เช่น การที่ญาติเข้าไปจัดการในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเกือบทุกเรื่องจนผู้ป่วยไม่มีความเป็นอิสระที่จะตัดสินใจหรือกระทำการใด ๆ ด้วยตนเองทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะทำได้

1.3 การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การวิพากษ์วิจารณ์ เช่นกันแต่เป็นการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในเรื่องอื่น ๆ ไม่เกี่ยวข้องกันหัวข้อที่กำลังสัมภาษณ์ในขณะนั้น ญาติจะวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยโดยทั่ว ๆ ไปอย่างไม่รู้ตัว (Generalization of Criticism) เช่น “เขาเป็นคนที่ไม่มีประโยชน์ ไม่มีน้ำใจ สกปรก ไม่มีระเบียบ” (Brown et al., 1972) นอกจากนั้นยังหมายถึง การที่ญาติไม่ยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (Rejection of the Patient as Person)

2. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย

2.1 การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึงการแสดงออกถึงความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

2.2 การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และการแสดงความขอบคุณ ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย

การศึกษาวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำมีเพียง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพัน

ทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Baker, 1993; Giron & Gomez Beneyto, 1998; King & Dixon, 1999; ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2536, Sadock & Sadock, 2004)

สรุป การแสดงออกทางอารมณ์มีผู้ศึกษาถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ ที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ตามแนวคิดของ Brown et al.(1972) ซึ่งมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความชื่นชม การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป

จากองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าว มีผลต่อการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีความตึงเครียดสูง การสื่อสารไม่เหมาะสมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสูง สาเหตุของการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีหลายสาเหตุดังนี้ (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2536)

1. ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์
2. ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลได้
3. ผู้ดูแลที่รู้สึกผิดอาจอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป พบบ่อยในผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดามากกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยา

4. เป็นลักษณะเดิมของผู้ดูแลหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว

4.3 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบวิธีการ ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้

Camberwell Family Interview (CFI) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ที่ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถูกสร้างโดย Brown และคณะ ถือเป็นเครื่องมือต้นฉบับที่มีการพัฒนาอันยาวนานและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการวัดโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก (Key Relatives) มาสัมภาษณ์ และระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทปไว้ทุกราย หากผู้ดูแลหลักไม่ให้ความร่วมมือก็จะตัดออกจากการวิจัย การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที โดยเริ่มจากการให้ผู้ดูแลหลักเล่าถึง

เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือน ก่อนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เช่น ความถี่ของการทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว จำนวนครั้งของการติดต่อสัมผัส (contact) ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ในขณะที่สัมภาษณ์ จะต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักไปด้วย เช่น การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง ระดับและจังหวะการพูด ความเข้มข้นของการแสดงอารมณ์ เป็นต้น นอกจากนั้นยังต้องมีการถามความรู้สึกของญาติเป็นระยะเพื่อประกอบการประเมินอารมณ์ในขณะที่เราถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปและให้คะแนน ซึ่งการให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับหมวดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 Critical Comments การวิพากษ์วิจารณ์หรือแสดงความไม่พอใจ หรือไม่เห็นชอบกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จะนับความถี่เมื่อผู้ดูแลหลักมีการแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้ คือ ใช้คำพูดที่มีเนื้อหาสาระ และ/ หรือ มีการแสดงสีหน้าหรือน้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ หรือขุ่นเคือง หรือไม่ชอบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ความถี่ 1 ครั้ง นับเป็น 1 คะแนน

หมวดที่ 2 Hostility การแสดงความไม่เป็นมิตร ประเมินว่าผู้ดูแลหลักมีการแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้หรือไม่ คือ การตำหนิติเตียนพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้ามีให้ 1 คะแนน และประเมินว่าผู้ดูแลหลักมีการแสดงออกถึงการไม่ยอมรับหรือไม่เคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่งหรือไม่ ถ้ามีให้ 2 คะแนน ถ้ามีทั้ง 2 พฤติกรรมให้ 3 คะแนน

หมวดที่ 3 Emotion Over-involvement การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักกว่ามีการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล ความเสียสละหรือเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากเกินไปหรือไม่ วิธีการให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale โดยมีช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึงไม่มี Emotion Over-involvement ส่วน 5 หมายถึงการมี Emotion Over-involvement ในระดับสูง)

หมวดที่ 4 Warmth การแสดงความห่วงใย เอาใจใส่และเข้าอกเข้าใจผู้ป่วย จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักกว่ามีการแสดงออกซึ่งความห่วงใย หรือเข้าอกเข้าใจผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด การให้คะแนนอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของผู้สัมภาษณ์ วิธีการให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale โดยมีช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึงไม่มี Warmth ส่วน 5 หมายถึงการมี Warmth ในระดับสูง)

หมวดที่ 5 Positive Remarks การแสดงความพอใจ เห็นชอบ ยกย่องชมเชย และให้เกียติผู้ป่วย จะนับความถี่เมื่อผู้ดูแลหลักแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้ คือ การใช้คำพูดที่มีเนื้อหาและ/ หรือ แสดงน้ำเสียงที่แสดงความยกย่องชื่นชม ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ความถี่ที่เกิดขึ้น 1 ครั้งนับเป็น 1 คะแนน

การแปรผลการให้คะแนนจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) และกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Low expressed emotion) ลักษณะสำคัญที่ใช้ในการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ Critical Comments , Hostility และ Emotion Over-involvement ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินว่าครอบครัวใดเป็นครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง นั้นดูจาก 3 องค์ประกอบรวมกัน ได้แก่

1. คะแนน Critical Comments คือ พบลักษณะการวิจารณ์ (ตำหนิ) 6 หรือมากกว่า 6 คะแนน ร่วมกับ
2. คะแนน Hostility คือ พบลักษณะการแสดงความไม่เป็นมิตร ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับ
3. คะแนน Emotion Over-involvement คือ พบลักษณะ การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป

ส่วนกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ คือกลุ่มที่ได้ค่าคะแนน Critical Comments , Hostility และ Emotion Over-involvement รวมกันแล้วต่ำกว่า 10 โดยไม่คำนึงว่า จะมีคะแนน Warmth หรือ Positive Remarks จะมากหรือน้อยเพียงใด

ตัวชี้วัดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ได้แก่ Critical Comments, Hostility และ Emotion Over-involvement ส่วน Warmth และ Positive Remarks นั้นผู้วิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจมากนัก โดยจะเห็นได้จากหลาย ๆ งานวิจัยที่ไม่นำ Warmth และ Positive Remarks เข้าไปร่วมวิเคราะห์ด้วย (Vaughn & Leff, 1976; Kavanagh, 1992 อ้างถึงใน ภรติไชยสิน, 2545)

Five Minute Speech Sample (FMSS) เป็นการสัมภาษณ์โดยการให้ผู้ดูแล พูดถึงผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างเขากับผู้ป่วย ในเวลา 5 นาที และมีการบันทึกเทปไว้ เพื่อนำมาวิเคราะห์แปรผลภายหลังการสัมภาษณ์ FMSS เป็นเครื่องมือที่ประหยัดด้านค่าใช้จ่าย (cost effective) สูงกว่า CFI เนื่องจากใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่า แต่เครื่องมือ FMSS ยังไม่มีรายงานว่ามีความตรงเชิงพยากรณ์ และเครื่องมือ FMSS นิยมนำมาใช้ร่วมกับ Camberwell Family Interview (CFI) จะทำให้ผลการวัดมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (Magana et al, 1986 cited in Li & Arthur, 2005)

จากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า ดวงตา อุทุมพฤษพร (2533) วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดของ Brown et al. โดยครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ

ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ และต้องใช้ในการสังเกตขณะสัมภาษณ์ร่วมด้วย ได้แก่ สังเกตการแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง ไม่มีคะแนนในส่วนการสังเกต แต่เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการปิดบังข้อมูลที่แท้จริงได้ ผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยง = .82 และต่อมา ภรดี ไชยสิน (2545) นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในภาคอีสาน โดยได้นำเครื่องมือไปทดสอบหาความเที่ยงใหม่ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

เพชร คันธสายบัว (2544) สร้างแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาแนวคิดการแสดงอารมณ์ของครอบครัวของ ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี (2536) ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำประเด็นสำคัญที่ได้มาสร้างข้อคำถาม โดยครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวใช้กับผู้ดูแลจิตเภท ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยง = .84 และ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) นำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยนำเครื่องมือไปทดสอบหาค่าความเที่ยง ได้ เท่ากับ .85

Sunpaveerawong (2006) สร้างแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Brown et al (1972) ครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ 5 องค์ประกอบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์จากคำถามกึ่งโครงสร้างในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 10 ราย โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง มีการบันทึกเทปและถอดคำพูดผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามหลักการของ Thematic analysis และนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 7 ด้าน ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความชื่นชม การควบคุมทางอารมณ์ และความเห็นห่างทางอารมณ์ การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .88 และนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 566 ราย ได้ค่าความเที่ยงขององค์ประกอบย่อยมีค่าอยู่ในระดับสูง (α .75-.91)

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย การศึกษาของ Bentsen et al.(1998) และ Boye et al.(1999)พบว่าการไม่มีความทำงานของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล Moor and Kuipers, 1992 ศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิตเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกับ King et al (2003) ที่ศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการวิพากษ์วิจารณ์ ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแลการศึกษาของ Leff et al.(1987) พบว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เช่นเดียวกับ ภารดี ไชยสิน(2545) ซึ่งศึกษาพบว่าสถานภาพทางการเงินมีผลกับการแสดงออกทางอารมณ์ Hall & Docherty(2000)ศึกษาพบว่าความเครียดโดยการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูง Shomodera et al.(2000) ศึกษาพบว่า ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยผู้ดูแลต้องประสบกับการเกิดอาการทางร่างกาย และทางจิตใจจากการดูแลผู้ป่วย และทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูงตามมา

Scazufca and Kuiper .(1998) ศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลที่สูง ก็จะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงตามมา แต่จากการทบทวนรายงานการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูงจะทำให้ความรู้สึกถึงภาระในการดูแลต่ำลง (วันดี ไตสุขศรี,2539) เมื่อภาระในการดูแลต่ำลงการแสดงออกทางอารมณ์ก็จะลดลงด้วย และการศึกษาของ Boye et al.(1999) พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กันมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ยังส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล

จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล โดยแต่ละงานวิจัยจะเลือกปัจจัยบางประการมาศึกษา การทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ในการวิจัยครั้งนี้ จะทบทวนตามการศึกษาของ Karanci & Innadilar (2002) ซึ่งศึกษาถึงปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในชุมชน ผู้ดูแลย่อมคาดหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ และมีศักยภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เหมือนปกติทั่วไป เพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยและครอบครัว มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งผลการศึกษาคาดว่าจะมีความสำคัญในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ตรงกับสภาพความเป็นจริง ได้แก่

1.1 การทำงาน

การทำงาน หมายถึง งานที่ผู้ป่วยจิตเภททำประจำเพื่อเลี้ยงชีพตามความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันและมีค่าตอบแทนจากการทำงานนั้น แบ่งเป็น การมีงานทำ และไม่มีงานทำ

การทำงานกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว

การทำงานของผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงว่าผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบ และดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่ง ทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และทักษะต่าง ๆ ในการเข้าสังคม (Miklowitz et al.,1983) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคม หรือรับผิดชอบต่อตัวเองได้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด กังวล จนเกิดการวิพากษ์วิจารณ์และการแสดงความเป็นมิตร (Bentsen et al.,1998) และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป อีกทั้งเป็นการเพิ่มภาระในการดูแล การที่ผู้ป่วยทำงานยังแสดงถึงการมีรายได้ ซึ่งเป็นการช่วยลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว การศึกษาของภรดี ไชยสิน (2545) พบว่า ภาวะด้านการมีและไม่มีงานทำของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า การทำงานของผู้ป่วย เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว

ปัจจัยด้านผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ที่ส่งเสริมให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ผลการศึกษาที่คาดว่าจะมีความสำคัญในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

2.1 ความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินรายได้ของตนเองและครอบครัวสำหรับ ใช้จ่ายในการครองชีพ การซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยา และการเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว แบ่งเป็น รายได้เพียงพอ และไม่เพียงพอ

ความเพียงพอของรายได้กับการแสดงออกทางอารมณ์

รายได้ของครอบครัวมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล การมีรายได้ที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; พิศสมร เดชดวง, 2545) ประกอบกับผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระในการใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา การเดินทางไปพบแพทย์ และความต้องการพื้นฐานต่าง ๆ ของผู้ป่วยและตัวผู้ดูแลเอง มีการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Leff et al., 1987) และ สถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับระดับการแสดงออกทางอารมณ์ (ภรดี ไชยสิน, 2545)

ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความเพียงพอของรายได้เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด

ในภาวะที่คนเราต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะมาคุกคามความเป็นอยู่ที่ดีของตน คนเราจะพยายามต่อสู้เพื่อเผชิญกับภาวะดังกล่าวอย่างดีที่สุด เพื่อให้ตนเองเกิดความเครียด การต่อสู้ที่ทำให้คนเราพร้อมเผชิญกับภาวะที่ทำให้เราเครียดเรียกว่า การเผชิญความเครียด ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดดังต่อไปนี้

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า เป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมอย่างคงที่เพื่อจัดการกับความต้องการทั้งภายนอกและภายในเฉพาะอย่างที่ถูกประเมินว่ามีมากกว่าทรัพยากรของบุคคล

ยาเกอร์ (Yager, 1989) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการใช้ความพยายามทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินไปแหล่งประโยชน์ธรรมชาติของบุคคล ในการเผชิญความเครียดต้องมีการตัดสินใจประเมินเหตุการณ์ วางแผนที่จะมีการกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินสิ่งที่ทำไป

การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้ บุคคลจะต้องมีความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ ในการที่จะรับรู้ จำแนก วางแผน และตัดสินใจได้

เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดหมายถึงกระบวนการ ซึ่งแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำของบุคคลโดยการหา วิธีการต่าง ๆ รวมทั้งมีการใช้กระบวนการทางจิตใจ ในการที่จะพยายามควบคุม หรือบรรเทา เหตุการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อลดความกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อให้จิตใจกลับสู่ภาวะปกติ

ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) กล่าวว่า กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะกระทำ พฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำของบุคคล โดยวิธีการต่าง ๆ ที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายาม แสดงออกในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อลดภาวะที่คุกคามต่อจิตใจ และการจัดการ กับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกัน

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเป็นผลของ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่ หรือมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก อันเป็นแนวคิดที่ให้ ความสำคัญกับการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive process of appraisal) ในการประเมิน สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินขั้นต้น (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินความสำคัญ และความหมายของสถานการณ์ว่าจะมีผลกระทบต่อตนเพียงใด ใน 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่เกี่ยวข้องกับตน (irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่า สถานการณ์นั้นๆ ไม่มีผลต่อความผาสุก ไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรกับตน จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตน (benign positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นๆ ให้ความผาสุกของตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกปิติยินดี มีความสุข เบิกบานใจ หรือรู้สึกสงบ จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้

1.3 เป็นภาวะเครียด (stress) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์ นั้นๆ บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และ ส่งผลกระทบต่อตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm/loss) มักเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบไปแล้ว เช่น การรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง การสูญเสียคนรักหรือบุคคลที่ตนเองยึดเหนี่ยวพึ่งพิงทางจิตใจ เป็นต้น

1.3.2 เป็นสิ่งคุกคาม (threat) คือการที่บุคคลคาดการณ์ว่าสถานการณ์นั้นๆตนเองอาจได้รับอันตรายหรืออาจต้องสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบ เช่น กลัว วิตกกังวล และโกรธ เป็นต้น

1.3.3 เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นๆ อาจจะเป็นอันตราย แต่คาดการณ์ว่าตนจะสามารถควบคุมได้ เป็นความเครียดที่เป็นเพียงความยุ่งยากใจที่ไม่เกินความสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้ บุคคลจึงมีความกระตือรือร้น ตื่นเต้นและมีแรงจูงใจที่จะสู้จะลง

2. การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์ ความพร้อมหรือศักยภาพของตน และทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการคาดหวังถึงผลที่จะเกิดตามมาจากการใช้วิธีการปรับแก้ที่เลือกนั้นๆ การประเมินขั้นที่สองนี้ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินขั้นต้นอาจจะเกิดพร้อมๆกันได้

การประเมินอีกลักษณะหนึ่งซึ่งอาจจะต่อเนื่องจากการประเมินขั้นต้นหรือการประเมินขั้นที่สอง เรียกว่า การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้ข้อมูลเข้ามาใหม่จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และเป็นการติดตามประเมินผลวิธีการปรับแก้ที่ใช้ไปแล้ว หากวิธีการปรับแก้ที่ใช้ไปนั้นไม่สำเร็จ ดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นจุดให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความเครียดสูง อันเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ดังกล่าวซ้ำอีกครั้งหนึ่ง จะช่วยทำให้ความเครียดลดลงได้

รูปแบบการเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลมีการประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีต่าง ๆ เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและแสดงออกทางความรู้สึก หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆ เรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ที่เครียด การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้เป็นกระทำที่มุ่งแก้ปัญหานั้น โดยใช้สติปัญญา ความรู้ การหาข้อมูลเพิ่มเติม การเพิ่มทักษะความสามารถของตนเอง

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับกับอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้กันมากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ โดยพยายามแก้ไขอารมณ์ต่าง ๆ เพื่อลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ตึงเครียดนั้นและรักษาภาวะสมดุลภายในจิตใจไว้เท่านั้น แต่ไม่ใช้การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง

การเผชิญความเครียดกับการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการศึกษาที่แสดง ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด โดยมีการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับต่ำ (Solomon & Draine, 1995) และระดับของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ (Hall & Docherty, 2000) ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีการเผชิญความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Bledin et al., 1990; Harrison & Dadds, 1992 cited in King et al., 2003) ดังนั้นในการวิจัยนี้ผู้วิจัยคาดว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

การประเมินการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทั้งด้านความคิดและการกระทำที่ใช้จัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด จึงมีผู้สร้างเครื่องมือวัดการกระทำหรือความรู้สึกดังกล่าวขึ้น ซึ่ง Jalowich ได้สร้างแบบวัด Jalowich Coping Scale (JCS) ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1977 ตามแนวคิดของ Lazarus และในปี ค.ศ.1987 ได้ปรับปรุงเครื่องมืออีกครั้งโดยได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ ซึ่งผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับกับอารมณ์ จากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และจากการทบทวนรายงานการวิจัยพบวิธีการวัดการเผชิญความเครียด เช่น นิตยา สุทธยากร (2531) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowich (1979) แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องทางด้านภาษาและปรับปรุงแก้ไข ใช้วัดการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนศิริพร โอภาสวัตรชัย (2531) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดการเผชิญความเครียดซึ่ง Jalowich & Power (1982) ใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ทำการรักษาแบบ Hemodialysis มาใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล และดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ได้

ดัดแปลงแบบวัดการเผชิญภาวะเครียด ของ ศิริพร โอภาสวัตรชัย (2531) ร่วมกับศึกษาแนวคิดแบบแผนการเผชิญความเครียดของ Jalowich วัดการเผชิญความเครียด เป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

จะเห็นได้ว่าการเผชิญความเครียด จะใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดซึ่ง Jalowich เป็นผู้สร้างขึ้นมาแปลและดัดแปลง เพื่อใช้วัดการเผชิญความเครียดในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน และสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดที่ดัดแปลงมาจาก แบบวัดการเผชิญความเครียดของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งประเมินการเผชิญความเครียด ในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับกับอารมณ์

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

การรับรู้เกี่ยวกับอาการ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากที่ตนเองเคยรู้สึก เคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้นต้องรู้สึกตัวและใช้สติปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่าง ๆ ในการแปลความหมายของอาการที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับความรุนแรง สาเหตุและผลกระทบต่อชีวิต (Dodd et al., 2001)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ที่สังเกตเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตไปจากที่ตนเองเคยรู้สึก ที่ครอบคลุมความรุนแรง เวลาหรือความถี่ รูปแบบของการเกิดอาการ และผลที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล

อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยอาการทางด้านลบ (Negative symptom) และอาการทางด้านบวก (Positive symptom) โดยมีรายละเอียดดังนี้

อาการทางด้านลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่คนปกติควรมี ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ และขาดความสนใจในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542) โดย Kay, Fiszbein & Opler (1987) แบ่งลักษณะของอาการทางลบออกเป็น 7 ลักษณะ คือ

1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แสดงออกโดยการแสดงทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

2. การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) หมายถึง การขาดความสนใจและความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) หมายถึง การขาดความสามารถในการเข้าอกเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดเผยตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิดสนิทใจ หรือมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่นได้ จะแสดงออกโดยการมีความห่างเหินกับบุคคลอื่น มีการสื่อสารทางวาจาและวิธีอื่น ๆ น้อยลง

4. การแยกตัวออกจากสังคม (passive social withdrawal) หมายถึง การมีความสนใจและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ (apathy) ขาดพลังหรือแรงผลักดันภายใน ทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง รวมทั้งละเลยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (difficulty in abstract thinking) หมายถึง การมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยการมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์ทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดในระดับที่สูงกว่าที่จะคิดเอาเองตามความคิดตน หรือนอกเหนือจากเรื่องที่เห็นได้ง่าย ๆ เป็นรูปธรรม

6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างธรรมชาติ (lack of spontaneity and flow of conversation) คือการมีกระแสคำพูดที่ช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ (apathy) การขาดแรงกระตุ้นภายใน (avolition) หรือ ความบกพร่องของความคิด แสดงออกโดยการมีกระแสคำพูดที่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลงและได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7. การคิดอย่างตายตัว (stereotyped thinking) หมายถึง ความคิดขาดความลื่นไหล ขาดความเป็นอิสระ เป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซาก หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

อาการทางด้านบวก เป็นอาการที่มีมากกว่าที่บุคคลปกติควรมี ดังต่อไปนี้ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542)

1. ความคิดหลงผิด (Delusion) ซึ่งอาการหลงผิดที่พบบ่อยคือ

1.1 Delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนปองร้าย

1.2 Delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดถึงเรื่องราวเกี่ยวกับตน เช่นเห็นคนคุยกันก็คิดว่าเขานินทาว่าร้ายตน

อาการหลงผิดบางชนิดมีความสำคัญมาก เพราะพบในโรคจิตเภทบ่อยกว่าโรคจิตชนิดอื่น เรียกว่า Schneider's first-rank symptoms ได้แก่

1) Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิด และการกระทำของตนถูกควบคุม โดยอำนาจภายนอกบางอย่าง

- 2) Thought withdrawal ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมองด้วยอำนาจบางอย่าง
- 3) Thought insertion ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตน แต่เป็นความคิดของคนอื่นใส่เข้ามาในสมองตน
- 4) Thought broadcasting ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียง ทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของผู้ป่วย

2. อาการประสาทหลอน (Hallucination) ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด คำพูดที่พบบ่อย คือ เสียงคนพูดว่า หรือสบประมาท หรือพูดเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคน ๆ เดียว หรือคนหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉย ๆ พูดโต้ตอบหรือรู้สึกกลัว ลักษณะ ของเสียงแว่วที่มีความสำคัญ เพราะมักพบในโรคจิตเภท คือ

- 1) เสียงคนสองคน หรือมากกว่าพูดคุยกัน
- 2) เสียงคนพูดวิจารณ์ความคิด หรือการกระทำของผู้ป่วย

โดยลักษณะของเสียงดังกล่าวถือว่าเป็น Schneider's first-rank symptoms ด้วยเช่นกัน

3. ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านความคิดขาดการเชื่อมโยงของเหตุผลไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ เวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกตินี้เรียกว่า loose associations หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence หรือ word salad

4. ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่าง ๆ ตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก จนถึงพlungพล่ายกระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ masturbation ในที่สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกน หรือกล่าวคำหยาบ

พฤติกรรมแบบ catatonia อาการนี้มักพบในผู้ป่วยซึ่งเป็นแบบเฉียบพลัน ซึ่งมีอาการที่สำคัญ ดังนี้

- 1) Catatonia stupor ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่พูด และไม่รับรู้ความเป็นไปของภาวะแวดล้อมโดยสิ้นเชิง
- 2) Catatonic rigidity แขน ขาและลำตัวของผู้ป่วยเกร็งตลอดเวลา
- 3) Catatonic negativism ผู้ป่วยจะต่อต้านและทำตรงกันข้ามกับคำสั่ง

4) Catatonic posturing ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะแปลกประหลาดเป็นเวลานาน ๆ

5) Catatonic excitement ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง

ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถควบคุมได้ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องขณะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเพื่อเป็นการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ดังนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพจะเกิดขึ้นจากความไว้วางใจ การได้รับความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี พยาบาลจิตเวชจึงควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้บริการในลักษณะเอื้ออาทร เอาใจใส่ มุ่งก่อให้เกิดความสุขสบายแก่ผู้ป่วย

2. การใช้แอลกอฮอล์ โดยแอลกอฮอล์จะมีผลต่อการควบคุมตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยารักษาทางจิต โดยทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น ส่งผลต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่ายและหยุดใช้ยาในที่สุด พยาบาลจิตเวชจึงควรเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียของการใช้แอลกอฮอล์ ทักเฝ้าติดตามติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมหรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เป็นการรับรู้ถึงระดับความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี พยาบาลจิตเวชจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่สามารถส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

4. ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา การรักษาโรคจิตเภทต้องใช้เวลาในการรักษาด้วยยา และยารักษาอาการทางจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยบางรายทนต่อฤทธิ์ของยาไม่ได้จึงทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี การให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทต้องให้ข้อมูลถึงอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ให้ความรู้ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ รวมทั้งแนะนำแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตกับการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการวิจัยที่แสดงว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย เช่นการศึกษาของ King et al.(2003) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดา จะเกี่ยวข้องกับอาการ ได้แก่อาการลูกลี้หลุน อยู่ไม่สุข ความตึงเครียด อารมณ์เศร้า ของผู้ป่วยที่รุนแรง ส่วนในเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลพบว่า ความรุนแรงของโรค อาการแสดงและพฤติกรรมของผู้ป่วยจะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ โดยการวิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตรมากขึ้น(Moore et al.,1992; Shimodera et al., 1998) และมีการศึกษาซึ่งพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย (Moore and Kuipers, 1992; Oliver and Kuipers,1996 ;Synder et al, 1994 cited in Humbeeck, 2002) ดังนั้นจากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงคาดว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต ซึ่งใช้วิธีการประเมินจากหลายแหล่ง เช่น การสังเกตโดยตรงโดยผู้ประเมิน หรือจากการสังเกตของบุคคลอื่น เช่น ญาติผู้ป่วย บุคลากรที่ดูแล หรือจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการ ได้แก่ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ซึ่งสร้างโดย Kay, Fiszbein & Opler (1987) ซึ่งต่อมาได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) และแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) จากการพัฒนาของ Overall & Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยอาการรุนแรงทางจิต 18 อาการ ประกอบด้วย ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic Concern) อาการวิตกกังวล (Anxiety) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotion withdrawal) ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ความรู้สึกผิด (Guilt felling) ความตึงเครียด (Tension) ท่าทางการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing) ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินจริง (Grandiosity) อาการซึมเศร้า (Depression) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) ความรู้สึกแหว่งว่ามีคนมุ่งร้าย (Suspiciousness/ persecution) อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation) การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) และอาการไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล (Disorientation)

สรุปได้ว่าความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถประเมินได้โดยใช้วิธีการประเมินได้จาก การสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือจากการสัมภาษณ์ญาติและเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของอาการจึงได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยอาศัยแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4 ความทุกข์ทรมาน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความทุกข์ทรมานไว้ ดังนี้

McCorkle & Quint- Benoliel (1983) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ ถูกบีบบังคับ ความคับข้องใจ ความไม่สุขสบายทางจิตใจอื่น ๆ รวมทั้งความผิดปกติต่าง ๆ ทางร่างกายที่มีผลมาจากความไม่สุขสบายทางจิตใจ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เป็นต้น

Rhodes and Watson (1987) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานหมายถึง ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการที่ร่างกายและจิตใจมีความผิดปกติเช่น ความวิตกกังวล กลัว นอนไม่หลับ

Selye (1987) กล่าวว่าความทุกข์ทรมานเป็นความเครียดชนิดหนึ่งซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามโดยสิ่งเร้าจะมีความรุนแรงและทำให้เกิดโทษหรืออันตรายต่อร่างกาย

Reid- Ponte (1992) กล่าวถึงความทุกข์ทรมานตามความหมายของนักสังคมวิทยาว่า ความทุกข์ทรมานเป็นผลของความเครียด ผลของอารมณ์ในด้านลบ เป็นปัญหาระหว่างบุคคล สังคม และเป็นส่วนประกอบของความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจ โดยความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอาจเริ่มจากความไม่สุขสบาย และ/หรือ ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล

สุพัตรา อยู่สุข (2536) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจจากการถูกคุกคามหรือเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดโทษหรืออันตรายต่อร่างกายและไม่พึงปรารถนา เช่น การนอนไม่หลับ ความเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล ความอึดอัด คับข้องใจ

นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2542) กล่าวถึงความทุกข์ทรมานว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เช่น

ความวิตกกังวล พจนานุกรมภาษาอังกฤษระหว่างประเทศของเคมบริดจ์ (Cambridge International Dictionary of English, 1998 อ้างถึงใน บุศริน เอี้ยวสียก, 2545) ให้ความหมายของความทุกข์ทรมานว่า เป็นความเจ็บปวดทางร่างกายและหรือจิตใจอย่างมาก เช่น ความเศร้า เสียใจ ความกังวล ความเจ็บปวด หรือสภาพของจิตใจที่อยู่ในสภาพที่อันตรายหรือไม่ปลอดภัย

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความทุกข์ทรมาน เป็น ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่ความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้า ความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจอื่น ๆ รวมทั้งความผิดปกติต่าง ๆ ทางกายที่มีผลมาจากความไม่สุขสบายทางจิตใจ ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย

ความทุกข์ทรมานกับการแสดงออกทางอารมณ์

ผู้ดูแลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่บีบคั้นจากพฤติกรรมที่ผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยอาจแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ อาการที่ปรากฏทางกายจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ส่วนอาการที่ปรากฏทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล มีพฤติกรรมทางสังคมบกพร่อง เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ส่งผลต่อการแสดงทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วยสูง จะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Barrowclough & Parle., 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shimodera et al. (2000) พบว่า ความทุกข์ทรมานในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ความทุกข์ทรมาน สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

การประเมินความทุกข์ทรมาน

การศึกษาของ Shimodera et al. (2000) ใช้วิธีการประเมินความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลโดยการสัมภาษณ์อาการทางร่างกายและอาการทางจิตใจจากผู้ดูแล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวัดหรือการประเมินความทุกข์ทรมานจะใช้วิธีการสอบถามจากการรับรู้ของบุคคลนั้น และสังเกตอาการและอาการแสดงที่บุคคลนั้นแสดงออกมา ซึ่งมักใช้ร่วมกับเครื่องมือสำหรับประเมินความทุกข์ทรมานโดยให้บุคคลนั้นเป็นผู้ตัดสินระดับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นเอง

2.5 ระยะเวลาการเผชิญหน้า

ระยะเวลาการเผชิญหน้า หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกันในแต่ละวัน โดยคิดรวมกันในหนึ่งสัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ น้อยกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาอยู่ร่วมกันในแต่ละวัน โดยการมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย การศึกษา Boye et al.(1999) พบว่าการเผชิญหน้าระหว่างผู้ดูแล ซึ่งเป็นมารดา และผู้ป่วย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงโดยเฉพาะในด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป จากการศึกษาดังกล่าวคาดว่าระยะเวลาการเผชิญหน้า ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท จะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวได้

2.6 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการกระทำในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสพการณ์ การดูแลเอาใจใส่ ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และความแข็งแรงทางด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา

ในภาวะปกติผู้ใหญ่จะดูแลตนเองได้ ส่วนผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากข้อจำกัดการดูแลตนเองในภาวะเปี่ยงเบนจากโรคซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยบุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนี้ เรียกว่าผู้ดูแล (Dependent Care Agent) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็ก วัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจาก ภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem ,1995 อ้างถึงใน วันดี โตสุขศรี, 2539) ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบต่อบุคคลที่ต้องพึ่งพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.2 ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จะเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.3 ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components of care) เป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

2.1 ความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อม ตลอดจนเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการดูแลผู้ป่วย

2.5 มีแรงจูงใจที่จะทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและ
สอดคล้องการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายโดยทั่ว ๆ ไปซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ
ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาท สำหรับรับรู้ความรู้สึก (Sensation) รวมทั้งการ
สัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตน

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความห่วงใยในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำ
กิจกรรมต่าง ๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง อย่างไรก็ตาม Orem
เน้นว่า พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่เหมาะสมและมีความเต็มใจที่จะเป็นผู้ให้การดูแล
สมาชิกในครอบครัว และช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพา
ให้สามารถดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมี
ประสิทธิภาพ (Orem, 1995 อ้างถึงใน วันดี ไตรสุขศรี, 2539)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนอง
ต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลจะต้องใช้พลัง
ความสามารถ 10 ประการซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดย
เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย (นพรัตน์ ไชยธานี,
2544)

1. ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยจิตเภทในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้ง
สนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแล

จะต้องมีเวลาสนใจ เอาใจใส่ และตระหนักถึงปัจจัยสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการลำดับความสำคัญและการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม เพื่อการดูแลผู้ป่วย

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ของตนเองเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้มีกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างเต็มที่

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผล เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และรู้จักตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถแยกแยะเหตุและผล รู้จักมองความเกี่ยวข้องของความต้องการของผู้ป่วยกับการกระทำเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ โดยมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้ป่วย และกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย คือ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

6. มีทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติได้ตามที่ตัดสินใจ ผู้ดูแลจะต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีความสามารถในการที่จะตัดสินใจพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาที่

7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลที่ถูกต้อง

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะในการติดต่อสอบถามแพทย์ พยาบาลหรือผู้รู้ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลทราบถึงการกระทำที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และสามารถจัดลำดับของกิจกรรมให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ของผู้ดูแลได้

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลสามารถที่จะรักษาบทบาทของตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยยังคงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสามารถสอดคล้องการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลและครอบครัวได้

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจะสูงขึ้นเมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลที่สูง (Boye et al., 1999) ในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูง จะทำให้ไม่รู้สึกร่าเป็นภาระในการดูแล (วันดี ไตรสุขศรี, 2539; จริยา วิทยะศุกร, 2539; Bull, 1990 อ้างถึงใน วันดี ไตรสุขศรี, 2539) เมื่อภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลจะลดลง ดังการศึกษาของ Scazufca and Kuiper (1998) ที่พบว่าตัวแปรที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงระดับการแสดงออกทางอารมณ์คือการเปลี่ยนแปลงภาระในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าความสามารถในการดูแลน่าจะทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนรายงานการวิจัย พบว่า การประเมินความสามารถในการดูแล มีนักวิจัยที่สร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจากเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes & Filday (1986) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) ความเข้มแข็งและความสามารถในการตัดสินใจ 2) การให้คุณค่าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 3) ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ 4) ความแข็งแกร่งของร่างกาย 5) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และ 6) ความเอาใจใส่ในสุขภาพ และต่อมา นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้พัฒนาแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Denyes & Filday (1986) ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยและการทบทวนวรรณกรรม และปรับข้อความ ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลโดยครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

ดวงตา อุทุมพฤษพร (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาตัวทำนายการกลับมารักษาซ้ำ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ เหตุการณ์ในชีวิต ฐานะเศรษฐกิจครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ โดยครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.1 มีส่วนน้อยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทน้อย

ภรดี ไชยสิน (2545) ศึกษาเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทชาวอีสาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มีอาการทางจิตสงบของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำคิดเป็น ร้อยละ 68.8 สถานภาพทางการเงินของญาติ ภาวะด้านการมีและไม่มีงานทำของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอายุของญาติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 220 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการแสดงออกทางอารมณ์พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

งานวิจัยต่างประเทศ

Moore.,et al.(1992) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ พบว่าการสื่อสารของเจ้าหน้าที่มากกว่า 40% มีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ค่อนข้างสูง โดยการแสดงความไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค พฤติกรรมและอาการแสดงของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ผลการดูแลผู้ป่วยจะดีกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และเจ้าหน้าที่ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำจะมีการการเผชิญปัญหา สูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง

Bebbington and Kuiper (1994) ศึกษาะดับการแสดงออกทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย พบว่ารูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบ มักจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวหรือความวิตกกังวลที่มีอยู่ในใจของผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ปฏิภริยาระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีลักษณะของการทิ้งปัญหาเรื้อรังไม่ได้รับการแก้ไข มีการเลื่อนเวลาออกไปและการหลีกเลี่ยงการพูดถึงปัญหาโดยตรง และ Bebbington ยังได้กล่าวถึงญาติที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาในระดับต่ำ รวมทั้งขาดทักษะการเข้าสังคมซึ่งมีผลทำให้ ผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง เป็นผู้ที่ได้รับการตำหนิ ถูกวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย ปฏิภริยาของผู้ป่วยที่เป็นไปทางลบ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หรือมีปฏิภริยาขึ้น ๆ ลง ๆ ตลอด รูปแบบการแสดงความรู้สึกเป็นห่วงใยเป็นการพูดในเชิงลบ ตำหนิและวิจารณ์ ขาดทักษะการฟังและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในทางลบต่ำ จะดูแลผู้ป่วยโดยใช้การสื่อสารทางบวก มีการให้กำลังใจ การยกย่องชมเชย และการให้รางวัล ไม่ตัดสินคาคติโทษหรือปฏิเสธผู้ป่วย

Schreiber. et al.(1995) ศึกษาความรุนแรงของการแสดงออกทางอารมณ์ของบิดาและมารดาผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับบุคลิกของบิดามารดาหรือ ขึ้นอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรค เวลาที่ป่วย เพศและอายุที่ใกล้เคียงกัน ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสารและบุคลิกภาพ ผลการศึกษาพบว่าลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ขึ้นอยู่กับบุคลิกของบิดามารดา ส่วนด้านความผูกพันทางอารมณ์และการแสดงความอบอุ่นห่วงใยขึ้นอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

Scazufca and Kuiper (1996) ศึกษาการความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์และภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการทางบวกและอาการทางลบ จำนวน 50 ราย และญาติผู้ป่วยที่อาศัยกับ

ผู้ป่วยและมีความใกล้ชิด ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินการแสดงออกทางอารมณ์และภาวะในการดูแล และให้บอกถึงพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลสูงกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และมีการรับรู้ความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยสูงกว่าในผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ดังนั้นการแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ กับภาวะการดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และสามารถคาดเดาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติได้

Bentsen., et al.(1998) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือผู้ป่วยโรคจิต: สถิติและ ตัวทำนาย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของนอร์เวย์ ผู้ป่วยจำนวน 47 ราย และญาติ 72 ราย การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติประเมินโดยใช้ CFI พบว่า ตัวทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ในส่วนของผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ , เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง , พฤติกรรมที่น่ารำคาญ ตัวทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เป็นมิตร คือ การไม่มีอาชีพ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง การให้การช่วยเหลือ ในการลดการแสดงออกทางอารมณ์ คือ การให้ผู้ป่วยมีงานทำ

Scazufca and Kuiper (1998) ศึกษาความคงที่ของการแสดงออกทางอารมณ์ในญาติผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์กับภาวะในการดูแลและการรับรู้หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท 50 รายและ ญาติ 50 ราย หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแล 36 ราย ผู้ป่วย 31 ราย ได้รับการประเมินซ้ำหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย ได้รับการประเมินในด้าน อาการของผู้ป่วย และระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ภาวะในการดูแล และการรับรู้หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ในญาติ 64% มีระดับการแสดงออกทางอารมณ์เหมือนเดิม 25 % มีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางอารมณ์จากสูงเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และ 11% มีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางอารมณ์จากต่ำเป็นการแสดงออกทางอารมณ์สูง ตัวแปรที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงระดับการแสดงออกทางอารมณ์คือการเปลี่ยนแปลงภาวะในการดูแล และจำนวนชั่วโมงในการ contact ระหว่างผู้ป่วยและญาติ ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ และภาวะการดูแลผู้ป่วย

Shimodera et al.(1998) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในญี่ปุ่น พบว่าลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ได้แก่ อาการแสดงด้านบวก อาการด้านลบ ความร่วมมือในการรับประทานยา ปัญหาในชีวิต พฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมก้าวร้าว แต่อาการด้านบวก และอาการด้านลบส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์มากที่สุด

Boye et al.(1999) ศึกษาเรื่องการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือ ผู้ป่วยจิตเวช เป็นการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 59 คน ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันระยะแรก หรือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในระดับสูงเกี่ยวข้องกับ การที่ผู้ป่วยไม่ทำงาน หรือไม่เรียนหนังสือ ในช่วงก่อนเข้ารับการรักษา และรับรู้ภาวะในการดูแลเกี่ยวข้องกับระดับการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นมารดามากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เกี่ยวข้องกับ การแสดงออกทางอารมณ์ ตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่ทำงานหรือไม่เรียน และภาวะในการดูแล

Hall & Docherty (2000) ศึกษาการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ ของพ่อแม่ ผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ ในพ่อแม่ 44 คน ผลการศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่แสดงออกบ่อย ๆ จะทำให้พ่อแม่มีการแสดงออกทางอารมณ์โดยเฉพาะการวิจารณ์ พฤติกรรมในระดับสูงขึ้น

Shimodera et al.(2000) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศญี่ปุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช โดยใช้แบบประเมิน GHQ ในการประเมินความทุกข์ทรมาน ใช้ CFI และ FMSS ในการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความทุกข์ทรมานสูงในกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งความทุกข์ทรมานของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ไม่มีความแตกต่างในการใช้ CFI และ FMSS ในการประเมิน แต่ CFI มีความชัดเจนมากกว่า

Humbeeck et al. (2002) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ โดยศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วย อาการของโรค และเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย การเผชิญความเครียด และบุคลิกภาพส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงในเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอายุของผู้ป่วย และ เครือข่ายทางสังคมที่มีขนาดเล็ก มากที่สุด

King et al.(2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย ซึ่งมี

มารดาเป็นผู้ดูแล ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้เครื่องมือ CFI ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น ลุกี้ลุกลน อยู่ไม่เป็นสุข ความเครียด และ อารมณ์เศร้าในผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

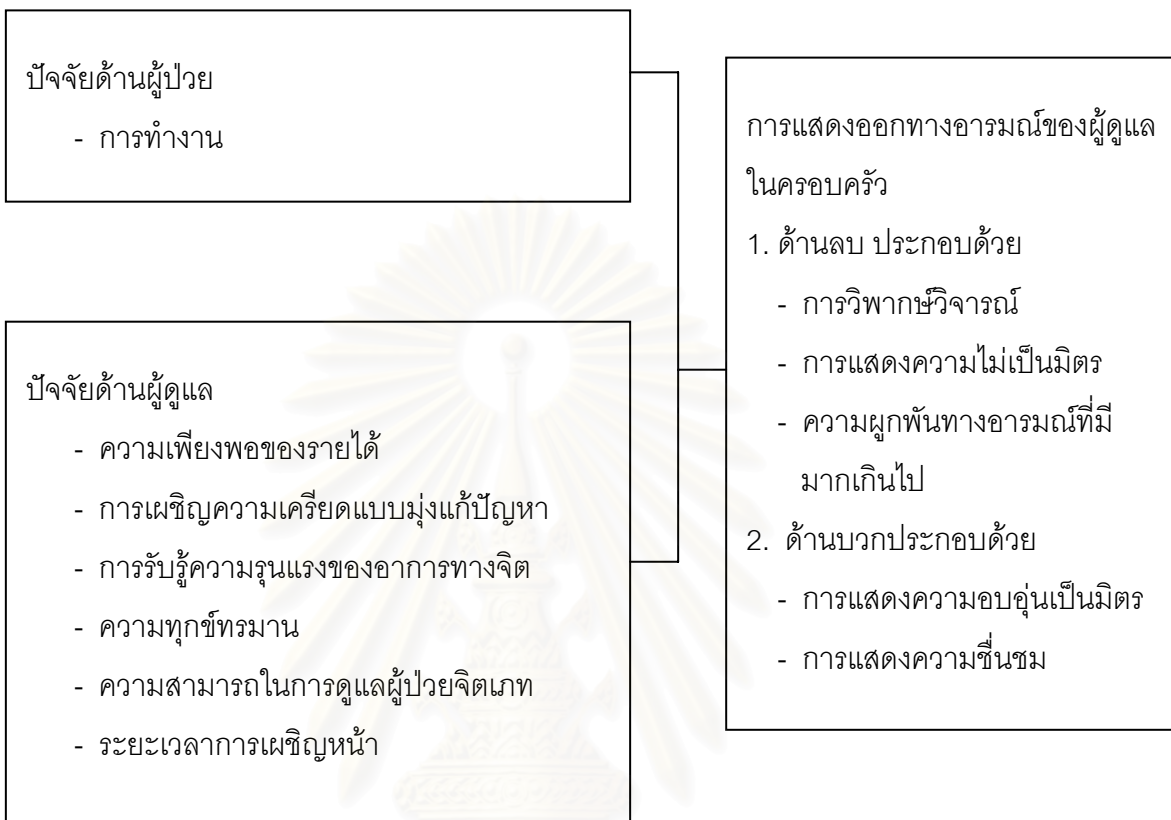
จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหา ที่มีความซับซ้อน ที่ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ และยังพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลยังเป็นไปในทางลบ หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและเกิดการป่วยซ้ำในที่สุด การหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็ให้ผู้ดูแล มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมจะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้ พยาบาลจิตเวชจึงควรทำความเข้าใจกับปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล เพื่อการวางแผนให้การพยาบาลผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท เพื่อการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีปัจจัยที่นำมาศึกษา 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยแต่ละด้านประกอบด้วยตัวแปรดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย และการทำงาน

ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแล และระยะเวลาการเผชิญหน้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาถึงอำนาจในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน จาก ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ประกอบด้วย จังหวัดสุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ชุมพร ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่นำผู้ป่วยมาใช้บริการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัดในพื้นที่ภาคใต้ตอนบนซึ่งให้บริการตรวจรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีจิตแพทย์ประจำ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ
2. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
3. พุดคุยรู้เรื่องและสามารถพุดคุยสื่อสารได้สะดวก
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
6. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัดพื้นที่ภาคใต้ตอนบนที่มีจิตแพทย์ประจำ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) $N = 10k + 50$ (N = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปร) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปร 3 ตัว คือ การทำงาน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ที่มีการวัดแบบอันดับมาตรา (Ordinal scale) ซึ่งต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่นเพื่อใช้ในการคำนวณแบบสมการถดถอย (Multiple regression) ตัวแปรที่ต้องนำมาคำนวณจึงมี 11 ตัว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 160 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. เลือกโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัด สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ชุมพร ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต ซึ่งให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีจิตแพทย์ประจำ

2. เลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทน โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีผู้มารับบริการ จำนวน 400 ราย/ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นหน่วยประชากรที่มีขนาดใหญ่ มีความหลากหลายของประชากร ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช วชิรภูเก็ต ชุมพร ระนอง กระบี่ และพังงา แต่พบว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีจิตแพทย์ประจำคือ โรงพยาบาลชุมพร และโรงพยาบาลระนอง โดยผู้ป่วยที่มารับบริการทางโรงพยาบาลจะส่งต่อเพื่อรับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จึงคัดออกจากการวิจัยครั้งนี้ โดยการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูลคือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลวชิรภูเก็ต โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลกระบี่

3. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กัน ดังนั้นแต่ละโรงพยาบาลจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้ $160/5 = 32$ คน

4. จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชประจำกลุ่มงานจิตเวช เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชที่ซึ่งให้บริการประจำกลุ่มงานจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรายงานตัว และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็น ใ้ช้ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยินดีให้ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ทุกคน ไม่มีผู้ดูแลที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล จากนั้นทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยคนที่ 1 จนเสร็จแล้วจึงมาเลือกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คนต่อไป ดำเนินการเก็บข้อมูล วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00 – 16.00 น. ระหว่างวันที่ 5 มีนาคม – 30 มีนาคม 2550 โดยเก็บข้อมูลพร้อมกันทั้ง 5 โรงพยาบาล จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตาม จำนวนที่กำหนดทั้งสิ้น 160 คน (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน

โรงพยาบาล	จังหวัด	จำนวนประชากร (ปีงบประมาณ 2548)	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี	9,293	32
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	นครศรีธรรมราช	1,204	32
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	ภูเก็ต	423	32
โรงพยาบาลพังงา	พังงา	730	32
โรงพยาบาลกระบี่	กระบี่	917	32
รวม			160

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ มี 7 ส่วน โดยมีรายละเอียดและวิธีการสร้างเครื่องมือดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย อาชีพ ความเพียงพอของรายได้และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในความดูแล เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการทำงานหรืออาชีพของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการเผชิญความเครียด ของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Jalowich (1983) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.66

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษากรอบแนวคิดแบบแผนการเผชิญความเครียดของ Jalowich (1983) ซึ่งมีโครงสร้างเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดทั่วไป
2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

3. ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546)
4. ปรับปรุงบางข้อความเพื่อให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของภาคใต้ตอนบน
5. เครื่องมือเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นความจริงทั้งหมด	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกทุกครั้ง	4	1
เป็นความจริงบ่อยครั้ง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกส่วนมาก	3	2
เป็นความจริงน้อยครั้ง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกบ้าง	2	3
ไม่เป็นความจริง	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกเลย	1	4

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมารวมกัน โดยคะแนนสูงหมายถึง มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสม คะแนนต่ำหมายถึง มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทของนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของตามแนวคิดของ Denyes & Filday (1986) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .78

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษากรอบแนวคิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Denyes & Filday (1986) ซึ่งมีโครงสร้างเนื้อหาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

3. ใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งครอบคลุมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเข้มแข็งในตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความแข็งแกร่งด้านร่างกาย และด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

4. ปรับปรุงบางข้อความเพื่อให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของภาคใต้ตอนบน

5. เครื่องมือเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
มากที่สุด	ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลมากที่สุด	5	1
มาก	ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลมาก	4	2
ปานกลาง	ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลปานกลาง	3	3
น้อย	ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลน้อย	2	4
น้อยที่สุด	ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลน้อยที่สุด	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 5 ช่วง โดยคะแนนสูงหมายถึงผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก คะแนนต่ำหมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภตน้อย

ส่วนที่ 5 แบบวัดความทุกข์ทรมาน

เป็นแบบวัดเกี่ยวกับเป็น ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก โดยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

2. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

3. สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับอาการทางร่างกายและจิตใจ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากการดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 คน ระหว่างวันที่ 18 ถึง 20 ธันวาคม 2549 การสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง มีคำถามหลักในการสัมภาษณ์ คือ

3.1 การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านเกิดอาการทางร่างกายและอาการทางจิตใจอย่างไร

4. หลังการสัมภาษณ์นำเทปสัมภาษณ์มาถอดแบบคำต่อคำเพื่อแยกประเด็นการสัมภาษณ์ ซึ่งผลการสัมภาษณ์มีอาการทางร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ

4.1 อาการทางร่างกาย ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น แนนหน้าอกหายใจไม่ออก ปวดเมื่อย เวียนศีรษะ คลื่นไส้ และ/หรือ อาเจียน ความอยากรับประทานอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อย

4.2 อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ หงุดหงิด อารมณ์เสียง่าย วิดกกังวล เศร้า น้อยใจ กลัว ตกใจง่าย สมารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง

5. นำประเด็นที่ได้จากการถอดเทปการสัมภาษณ์ ร่วมกับผลการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสร้างเป็นแบบวัดความทุกข์ทรมาน โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

6. ออกแบบเครื่องมือเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนน
มากที่สุด	ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ มากที่สุด	5
มาก	ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ มาก	4
ปานกลาง	ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ ปานกลาง	3
น้อย	ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ น้อย	2
น้อยที่สุด	ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ น้อยที่สุด	1

การคิดการคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยคะแนนสูงหมายถึงผู้ดูแลมีความทุกข์ทรมานมาก คะแนนต่ำหมายถึงผู้ดูแลมีความทุกข์ทรมานน้อย

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

เป็นแบบวัดเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Overall & Gorham (1962) ร่วมกับการนำเครื่องมือประเมินอาการทางจิต ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดลักษณะอาการทางจิต ของ Overall & Gorham (1962)
2. ศึกษาเครื่องมือประเมินอาการทางจิตของ Overall & Gorham (1962) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นแนวทางในการสร้าง
3. นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษามาสร้างข้อคำถาม โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโครงสร้างหลัก
4. ออกแบบเครื่องมือประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 10 เซนติเมตร ปลายด้านซ้ายมีค่าเท่ากับ ศูนย์ และมีคำกำกับไว้ว่า “ไม่มีเลย” ปลายด้านขวามีค่าเท่ากับ 10 คะแนน และมีคำกำกับไว้ว่า “มากที่สุด” ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ

การคิดคะแนนทำโดย ค่าคะแนนที่ได้มาแต่ละข้อมาจากความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นซึ่งมีคะแนนเท่ากับ ศูนย์ ไปจนถึงตำแหน่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวเขียนเครื่องหมายทับลงบนเส้นตรง คะแนนแต่ละข้อมีค่าเท่ากับ 0-10 คะแนน การแปลผลคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของอาการจากคะแนนเฉลี่ยโดยมีค่าตั้งแต่ 0 -10 โดยค่า

คะแนนน้อยหมายถึงมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการน้อย ค่าคะแนนมากหมายถึงมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการในระดับมาก

ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ Sunpaweravong (2006) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972)

โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Brown et al. (1972) ซึ่งมีโครงสร้างเนื้อหาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งในและต่างประเทศ
3. ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ Sunpaweravong (2006) ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) การแสดงความเป็นมิตร (Hostility) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement) และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth)
4. เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 34 ข้อ แบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ 20 ข้อและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก 14 ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมากที่สุด	1	4
เห็นด้วย	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมาก	2	3
ไม่เห็นด้วย	ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ	3	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย	4	1

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยพิจารณา ค่าเฉลี่ยมีความหมายดังนี้

1.00-1.49 หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมาก
1.50-2.49 หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม
2.50-3.49 หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม
3.50-4.00 หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต้องปรับปรุง

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกชุด ที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 4 ท่าน

การตรวจความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อแบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อข้อคำถาม เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 4 หมายถึง	คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยม
ระดับที่ 3 หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับค่านิยม
ระดับที่ 2 หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับค่านิยม
ระดับที่ 1 หมายถึง	คำถามไม่มีความสอดคล้องกับค่านิยมเมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความตรงตามเนื้อหา
แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	0.80
แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	0.95
แบบวัดความทุกข์ทรมาน	0.87
แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	0.83
แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์	0.90

นำแบบวัดแต่ละชุดมาปรับปรุงข้อคำถาม ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาร่วมกับคำจำกัดความและกรอบแนวคิดในการวิจัยก่อนนำไปทดลองใช้

1. แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาปรับปรุงข้อคำถาม 4 ข้อ
2. แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปรับปรุงข้อคำถาม 6 ข้อ
3. แบบวัดความทุกข์ทรมาน ปรับปรุงข้อคำถาม 7 ข้อ
4. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ปรับปรุงข้อคำถาม 10 ข้อ
5. แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ปรับปรุงข้อคำถาม 4 ข้อ

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีขั้นตอนดำเนินการ คือ นำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 12 - 16 กุมภาพันธ์ 2550 หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha)

จากนั้นนำแบบวัดมาปรับปรุงอีกครั้ง โดยพิจารณาจากค่า Corrected Item Total Correlation โดยพิจารณาตัด หรือปรับปรุงข้อคำถามข้อคำถามที่เป็นลบมากที่สุด การตัด

ข้อคำถามพิจารณาจากค่า Alpha if Item Deleted (เสนอไว้ในภาคผนวก) ตัดข้อคำถามที่เมื่อตัดออกแล้วแบบวัดมีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น โดยไม่ทำให้โครงสร้างของเครื่องมือเสียไป

ข้อคำถามในเครื่องมือที่ถูกตัดออก มีดังนี้

แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตัดออก 1 ข้อ

แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ตัดออก 1 ข้อ

ข้อคำถามในเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุง มีดังนี้

แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ปรับปรุง 1 ข้อ

แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ปรับปรุง 4 ข้อ

ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับปรุงข้อคำถามให้มีความกระชับมากขึ้น โดยวิเคราะห์จากคำจำกัดความของการวิจัย หลังจากนั้นนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงใหม่ ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	ฉบับทดสอบ N= 30	ฉบับใช้จริง N= 160
แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	.74	.60
แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.78	.88
แบบวัดความทุกข์ทรมาน	.86	.92
แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.89	.92
แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์		
ด้านลบ	.86	.76
ด้านบวก	.89	.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. จัดเตรียมผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยติดต่อเลือกผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลต่าง ๆ โรงพยาบาลละ 1 ท่าน โดยคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชหรือผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวชมาแล้ว

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัย วัตถุประสงค์การทำวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การใช้เครื่องมือในการวิจัย และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูล

1.3 อธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และความยินยอมในการทำวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 1-2 ราย แล้วทำความเข้าใจร่วมกันอีกครั้งก่อนการเก็บข้อมูลจริง โดยผู้วิจัยติดตามผลเป็นระยะทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามและตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล

1.4 เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.5 วางแผนร่วมกับผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลในเวลาที่กำหนด

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลกระบี่ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ภายหลังได้รับการอนุมัติผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงรายละเอียดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้พยาบาลจิตเวชซึ่งปฏิบัติหน้าที่ประจำห้องตรวจทราบเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูล พบกลุ่มตัวอย่างที่ละคนเพื่อเตรียมความพร้อมและขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายวิธีการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

2.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยย้่าว่าแบบสอบถามจะไม่มีชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งคำตอบนั้นจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการบริการที่ได้รับ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเก็บรวบรวม

ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 16 มีนาคม 2550 ส่วนโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลกระบี่ ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 5 ถึง 30 มีนาคม 2550 ส่วนโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 12 ถึง 30 มีนาคม 2550 รวมใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์

2.5 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล กำหนดรหัสข้อข้อมูล คิดคะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ กลับคืนมาจำนวน 160 ชุด คิดเป็น 100 %

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
2. นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาลงคะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนน
3. นำคะแนนที่ได้ไปคำนวณค่าสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS /PC (Statistical Package for The Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การทำงาน ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน ด้วยค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์การทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ ด้วยตัวแปรปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียด ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแล การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ระยะเวลาการเผชิญหน้า โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และเสนอสมการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน จากกลุ่มตัวอย่าง 160 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ เป็นค่าความถี่ และร้อยละ อายุ และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน เป็นค่าจำนวน และร้อยละ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ และสร้างสมการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว

ตารางที่ 4 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	$\bar{x}$	จำนวน (n=160)	ร้อยละ
เพศ					
ชาย				46	28.75
หญิง				114	71.25
อายุ (ปี)					
	59	20	44.5		
20-29				22	13.75
30-39				31	19.37
40-49				36	22.50
50-59				71	44.38
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (เดือน)					
	276	6	83.41		
6 - 12				28	17.50
13 – 60				66	41.25
61-120				41	25.63
121 เดือนขึ้นไป				25	15.62
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
บิดา-มารดา				62	38.75
พี่-น้อง				53	33.13
คู่สมรส				21	13.12
อื่น ๆ (บุตร, ลูก-ป้า, น้า)				24	15.00
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา				102	63.75
มัธยมศึกษา/ปวช.				32	20.00
อนุปริญญา/ปวส.				13	8.10
ปริญญาตรี				11	6.90
สูงกว่าปริญญาตรี				2	1.25

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=160)	ร้อยละ
ลักษณะอาชีพ		
งานบ้าน	31	19.38
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	10.00
เกษตรกร	36	22.50
รับจ้าง	39	24.37
ค้าขาย	25	15.63
อื่น ๆ (นักศึกษา, ธุรกิจส่วนตัว)	13	8.12
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว		
เพียงพอ	119	74.40
ไม่เพียงพอ	41	25.60
ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์		
น้อยกว่า 35 ชั่วโมง	62	38.80
35 ชั่วโมงขึ้นไป	98	61.30

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.30 ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.38 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.5 ปี มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อยู่ในช่วง 13- 60 เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.25 เฉลี่ย 83.41 เดือน มีความสัมพันธ์เป็นบิดา-มารดา คิดเป็นร้อยละ 38.75 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.75 ผู้ดูแลประกอบอาชีพรับจ้างสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 24.37 ด้านรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ครอบครัวมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.40 และมีระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์มากกว่า 35 ชั่วโมงขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.30

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล		Max	Min	$\bar{X}$	จำนวน (n=160)	ร้อยละ
เพศ	ชาย				85	53.10
	หญิง				75	46.90
อายุ (ปี)		81	16	37.87		
	16-19				5	3.12
	20-29				48	30.00
	30-39				44	27.50
	40-49				29	18.13
	50-59				18	11.25
	60 ปีขึ้นไป				16	10.00
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เดือน)		360	6	94.30		
	6 – 12				19	11.87
	13 – 60				62	38.75
	61- 120				43	26.88
	121 เดือนขึ้นไป				36	22.50
สถานภาพสมรส	โสด				54	3.80
	คู่				87	54.40
	หม้าย/หย่าร้าง				19	11.90
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา				92	57.50
	มัธยมศึกษา/ปวช.				48	30.00
	อนุปริญญา/ปวส.				15	9.40
	ปริญญาตรี				5	3.10
การทำงาน	ทำงาน				77	48.10
	ไม่ทำงาน				83	51.90

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.10 มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 13-60 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.75 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54.40 ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 57.50 และด้านการทำงานผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 51.90

ตอนที่ 3 การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และค่าความถี่ร้อยละ ของระดับคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์

ตัวแปร	จำนวน (n=160)	ร้อยละ	Min	Max	$\bar{X}$	SD
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป)			1.25	3.15	1.89	0.34
เหมาะสมมาก (1.00-1.49)	17	10.60				
เหมาะสม (1.50-2.49)	137	85.60				
ไม่เหมาะสม (2.50-3.49)	6	3.80				
ต้องปรับปรุง (3.50-4.00)	0	0				
รวม	100	100				

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเหมาะสม มีจำนวนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.6 รองลงมาคือ มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 10.6 โดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ อยู่ในช่วง 1.25-3.15 คะแนน คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเฉลี่ย 1.89 คะแนน

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และค่าความถี่ร้อยละ ของระดับคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

ตัวแปร	จำนวน (n=160)	ร้อยละ	Min	Max	$\bar{X}$	SD
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก (การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความชื่นชม)			1.00	3.46	1.63	0.41
เหมาะสมมาก (1.00-1.49)	68	42.50				
เหมาะสม (1.50-2.49)	91	56.90				
ไม่เหมาะสม (2.50-3.49)	1	0.60				
ต้องปรับปรุง (3.50-4.00)	0	0				
รวม	100	100				

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเหมาะสม มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 56.9 รองลงมาคือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก อยู่ในช่วง 1.00- 3.46 คะแนน คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเฉลี่ย 1.63 คะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน และรายข้อ

การแสดงออกทางอารมณ์	Χ	SD	ระดับ
การแสดงความไม่เป็นมิตร	1.55	0.51	เหมาะสม
ฉันคิดว่าคงจะดีหากเขาตายไป	1.27	0.56	เหมาะสมมาก
ฉันเกลียดการดูแลเขา	1.33	0.55	เหมาะสมมาก
ฉันอยากให้เขาอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไป	1.44	0.67	เหมาะสมมาก
คงจะดีหากเขาได้ไปอยู่ไกลๆจากฉัน	1.48	0.72	เหมาะสมมาก
เขาเป็นคนที่ไม่มีคุณค่าอะไรเลย	1.51	0.66	เหมาะสม
เขาทำให้ฉันต้องหมดความอดทน	1.70	0.83	เหมาะสม
บางครั้งฉันมีความรู้สึกอยากจะทุบตีเขา	1.82	0.81	เหมาะสม
ต้องทำโทษเขาเพื่อให้เขารับผิดชอบตัวเอง	1.83	0.83	เหมาะสม
การวิพากษ์วิจารณ์	1.86	0.54	เหมาะสม
ฉันรู้สึกว่าเขาเกลียดฉัน	1.34	0.58	เหมาะสมมาก
ฉันรู้สึกว่าเขาไม่ได้ชื่นชมในสิ่งที่ฉันทำให้เลย	1.48	0.75	เหมาะสมมาก
ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเขา	1.76	0.86	เหมาะสม
การกระทำของเขาสร้างปัญหาให้กับฉัน	1.80	0.81	เหมาะสม
ฉันรู้สึกอายกับพฤติกรรมของเขา	1.91	0.82	เหมาะสม
ฉันไม่ชอบพฤติกรรมหลายๆอย่างของเขา	2.20	0.88	เหมาะสม
ฉันรู้สึกทุกข์ใจกับพฤติกรรมของเขา	2.56	0.92	ไม่เหมาะสม
ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป	2.49	0.33	เหมาะสม
ฉันควบคุมอารมณ์ได้ยากเมื่อเขาทำให้ฉันโกรธ	2.13	0.99	เหมาะสม
ฉันต้องโกหกเขาเพื่อควบคุมพฤติกรรมของเขา	2.46	0.91	เหมาะสม
ฉันดูแลเขาอย่างไม่คลาดสายตา	2.55	0.91	ไม่เหมาะสม
ฉันต้องบังคับให้เขาทำในสิ่งที่ควรทำ	2.63	0.90	ไม่เหมาะสม
ฉันมีไม่สบายทางกายเพราะกังวลเกี่ยวกับตัวเขา	2.68	0.92	ไม่เหมาะสม

หมายเหตุ คะแนนต่ำหมายถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมมาก คะแนนสูงหมายถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม

จากตารางที่ 8 พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เมื่อพิจารณาตามราย
ด้านพบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไปสูงที่สุด
($\bar{X}=2.49$) รองลงมาคือ การวิพากษ์วิจารณ์ ($\bar{X}=1.86$)

ด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิต
เภทมีอาการไม่สบายทางกายเพราะกังวลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=2.68$) รองลงมา
คือการบังคับให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ควรทำ ($\bar{X} = 2.63$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การควบคุม
อารมณ์ได้ยากเมื่อผู้ป่วยทำให้โกรธ ($\bar{X}=2.13$)

ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกทุกข์
ใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=2.56$) รองลงมาคือ การไม่ชอบพฤติกรรม
หลายๆ อย่างของผู้ป่วย ($\bar{X} = 2.20$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าผู้ป่วย
เกลียดเขา ($\bar{X}=1.34$)

ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ต้องทำ
โทษผู้ป่วยแรง ๆ เพื่อให้เขารับผิดชอบต่อตัวเองมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=1.83$) รองลงมาคือ บางครั้งมี
ความรู้สึกอยากทุบตีผู้ป่วย ($\bar{X} = 1.82$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ คิดว่าคงจะดีหากผู้ป่วย
ตายไป ($\bar{X}=1.27$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน และรายชื่อ

การแสดงออกทางอารมณ์	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร	1.51	0.42	เหมาะสม
ฉันรักเขา	1.35	0.55	เหมาะสมมาก
ฉันเฝ้าภาวนาให้เขาหาย	1.41	0.55	เหมาะสมมาก
ฉันรู้สึกดีเมื่อเห็นเขามีความสุข	1.46	0.54	เหมาะสมมาก
ฉันรู้สึกสงสารเขา	1.51	0.60	เหมาะสม
การดูแลเขาเป็นหน้าที่ของฉัน	1.60	0.65	เหมาะสม
ฉันต้องระวังคำพูดเพื่อไม่กระทบความรู้สึกของเขา	1.63	0.69	เหมาะสม
ฉันรู้สึกเสียใจกับการเจ็บป่วยของเขา	1.64	0.66	เหมาะสม
การแสดงความชื่นชม	1.76	0.51	เหมาะสม
เขาเป็นคนที่ไม่มีพิษภัยกับใคร	1.63	0.69	เหมาะสม
โดยทั่วไปเขาเป็นคนนิสัยดี	1.68	0.66	เหมาะสม
เขาก็มีข้อดีหลายอย่าง	1.71	0.57	เหมาะสม
ไม่ว่าจะทำอะไรเขาก็พยายามทำอย่างเต็มที่	1.81	0.68	เหมาะสม
ทุกวันนี้เขาก็ทำให้ฉันพอใจ	1.86	0.67	เหมาะสม
เมื่อได้รับคำแนะนำเขาจะพยายามทำตาม	1.89	0.64	เหมาะสม

หมายเหตุ คะแนนต่ำหมายถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมมาก คะแนนสูงหมายถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม

จากตารางที่ 9 พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการแสดงความชื่นชมสูงที่สุด ($\bar{X}=1.76$) รองลงมาคือ การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร ($\bar{X}=1.51$)

ด้านการแสดงความชื่นชม พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่ามีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}=1.89$) รองลงมาคือทุกวันนี้ผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลพอใจ ($\bar{X} = 1.86$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่มีพิษภัยกับใคร ($\bar{X}=1.63$)

ด้านการการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกเสียใจกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=1.64$) รองลงมาคือ ต้องระงับคำพูดเพื่อไม่ให้กระทบความรู้สึกของผู้ป่วย ($\bar{X}= 1.63$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ผู้ดูแลรักผู้ป่วย ($\bar{X}=1.35$)

ตอนที่ 3 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

ตารางที่ 10 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Range	$\bar{X}$	SD
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	4	1.83-3.75	2.88	0.31
ความทุกข์ทรมาน	5	1.00-3.94	1.99	0.71
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	10	0.39-7.17	2.49	1.43
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	5	1.61-4.61	3.83	0.49
ความเข้มแข็งในตน	5	1.33-5.00	3.80	0.66
ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ	5	1.67-4.89	3.89	0.59
ความแข็งแกร่งด้านร่างกายของผู้ดูแล	5	1.00-5.00	3.57	0.96
ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท	5	1.50-5.00	3.85	0.57

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในช่วง 1.83-3.75 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 2.88 คะแนน ความทุกข์ทรมาน มีคะแนนอยู่ในช่วง 1.00-3.94 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.99 คะแนน และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มีคะแนนอยู่ในช่วง 0.39-7.17 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 2.49 คะแนน

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในช่วง 1.61-4.61 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 3.83 คะแนน มีคะแนนราย

ด้าน ของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ ด้านความเข้มแข็งในตนและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย อยู่ในช่วง 1.33-5.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 3.80 คะแนน ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจกระทำเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในช่วง 1.67-4.89 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 3.89 คะแนน ด้านความแข็งแกร่งด้านร่างกายของผู้ดูแล อยู่ในช่วง 1.00-5.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 3.57 คะแนน และมีคะแนนด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในช่วง 1.50-5.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 3.85 คะแนน

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	$\bar{X}$	SD
หาวิธีหลาย ๆ วิธีในการจัดการกับความเครียด	2.05	0.76
ใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับความเครียด	2.26	0.73
ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อท่านแก้ปัญหาเองไม่ได้	2.57	0.79
สามารถคิดริเริ่มงานใหม่ได้ในขณะที่เกิดความเครียด	2.80	0.81
ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับบุคคลอื่น	2.92	0.83
ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ท่านจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น	3.01	0.71
การทำอะไรบางอย่างจะช่วยลดความเครียด	3.03	0.78
นำประสบการณ์เดิมมาจัดการกับความเครียด	3.09	0.69
พยายามควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลาม	3.10	0.66
เลือกใช้วิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหา	3.11	0.69
แก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นทีละประเด็น	3.13	0.65
ยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย	3.44	0.76

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาโดยข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดคือ การยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}=3.44$) รองลงมาคือ การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นทีละประเด็น ($\bar{X}=3.13$) และพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การหาวิธีหลาย ๆ วิธีในการจัดการกับความเครียด ($\bar{X}=2.05$)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้านและรายข้อ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	$\bar{X}$	SD
ความแข็งแรงด้านร่างกายของผู้ดูแล	3.57	0.96
รู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย	3.40	1.06
ปัญหาสุขภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย	3.74	1.24
ความเข้มแข็งในตนและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	3.80	0.66
มีวิธีการดูแลผู้ป่วยใหม่ ๆ จากคนในครอบครัว	3.39	0.89
ตัดสินใจจัดการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบได้ ไม่เกิดอันตราย	3.97	0.83
สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะที่ย่อยผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	4.05	0.76
ความเข้าใจในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท	3.85	0.57
เข้าใจสาเหตุเกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศของผู้ป่วย	3.65	0.82
นึกถึงความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	3.72	0.77
ใส่ใจถึงอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ป่วย	3.92	0.72
จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	4.11	0.89
ความรู้และประสบการณ์ในการกระทำเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	3.89	0.59
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	3.43	0.95
วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	3.56	0.81
ชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	3.85	0.84
ประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ	3.90	0.82
โรคจิตเภทมีผลต่อความคิดพฤติกรรมและการควบคุมตนเองของผู้ป่วย	3.90	0.99
ความเข้มแข็งหรือกำลังใจของผู้ป่วย	3.95	0.65
ความต้องการการพักผ่อนที่เพียงพอกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	3.96	0.76
อาการเริ่มแรกที่แสดงถึงเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตของผู้ป่วย	4.11	0.80
เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดจะส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย	4.36	0.80

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย 3.80 คะแนน เมื่อพิจารณาตามรายข้อ ผู้ดูแลสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของ

ผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลงสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.05$) ส่วนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ำสุดคือ การมีวิธีการดูแลผู้ป่วยใหม่ ๆ จากคนในครอบครัว ($\bar{X} = 3.39$)

คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจกระทำเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.89 ข้อที่ผู้ดูแลมีความสามารถสูงสุดคือ ทราบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดจะส่งผลต่ออาการทางจิต ($\bar{X} = 4.36$) และผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทต่ำสุด ($\bar{X} = 3.43$)

คะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านความแข็งแรงด้านร่างกายของผู้ดูแล เฉลี่ย 3.57 คะแนน และเมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีปัญหาสุขภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยสูงสุด ($\bar{X} = 3.74$) และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลโดยไม่มีความรู้สึกลำบากในการดูแลผู้ป่วยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.40$)

ด้านความเข้าใจในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.85 คะแนน เมื่อพิจารณาตามรายข้อ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลหรือจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.11$) ส่วนการเข้าใจดูแลเกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลต่ำสุด ($\bar{X} = 3.65$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความทุกข์ทรมาน

ความทุกข์ทรมาน	$\bar{X}$	SD
คลื่นไส้ และ/หรืออาเจียน	1.35	0.69
รู้สึกแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก	1.55	0.82
ตกใจง่าย	1.70	0.95
สมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง	1.73	1.01
ใจสั่น	1.86	1.07
กลัว	1.89	1.14
ความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อย	1.93	0.95
รู้สึกน้อยใจ	1.96	1.03
เวียนศีรษะ	1.99	1.07
เศร้า	2.00	1.06
หงุดหงิด อารมณ์เสียง่าย	2.05	1.05
ปวดเมื่อย	2.08	1.06
อ่อนเพลีย	2.30	1.06
นอนไม่หลับ	2.36	1.18
ปวดศีรษะ	2.38	1.05
วิตกกังวล	2.66	1.20

จากตารางที่ 13 พบว่าความทุกข์ทรมานที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้รับสูงสุด คือ ความวิตกกังวล ($\bar{X}=2.66$) รองลงมาคือ นอนไม่หลับ ($\bar{X}= 2.36$) และปวดศีรษะ ($\bar{X}= 2.38$) ส่วนความทุกข์ทรมานที่ผู้ดูแลได้รับต่ำที่สุดคือ การคลื่นไส้ อาเจียน ($\bar{X}=1.35$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	$\bar{X}$	SD
สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล	1.58	2.25
ตื่นเต้น กระวนกระวาย แสดงออกโดยการเคลื่อนไหวร่างกาย เร็วมากกว่าปกติ	1.82	2.01
ความคิดแปลก ๆ เพื่อฝัน	1.85	1.93
คิดว่าตนมีความสามารถพิเศษเกินความเป็นจริง	1.90	1.91
ไม่เป็นมิตร จนถึงทำร้ายร่างกายผู้อื่น	1.93	2.16
ปฏิเสธการทำตามกฎทั่วไปของสังคม	1.95	2.29
ทำทางและการเคลื่อนไหวที่ไม่เป็นธรรมชาติ หรือดูแปลกประหลาด	1.96	1.88
ระแวงว่ามีคนคิดจะทำร้าย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น	2.13	2.21
ประสาทหลอน จากการได้ยิน การเห็นภาพ การได้กลิ่น หรือความรู้สึกทางกาย	2.25	2.37
กังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย เชื่อว่าตนเองมีความผิดปกติทางร่างกาย	2.60	2.10
ขาดความสนใจกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต	2.68	2.23
รู้สึกผิด เสียใจ หรือโทษตัวเอง ในเรื่องจริงหรือคิดไปเอง	2.70	2.25
ความคิดสับสน มีปัญหาในการคิดอย่างต่อเนื่อง	3.05	2.45
รู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ กังวล มองโลกในแง่ร้าย	3.06	2.21
การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และทำทางในการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น	3.06	2.15
เคลื่อนไหวเชื่องช้า พุดช้า หรือพุดน้อยลง	3.13	2.15
ความตึงเครียด	3.36	2.40
วิตกกังวล เกี่ยวกับปัจจุบันหรืออนาคตของตนเอง	3.81	2.50

จากตารางที่ 14 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต โดยข้อที่มีค่าคะแนนสูงที่สุดคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกวิตกกังวล เกี่ยวกับปัจจุบันหรืออนาคตของตนเอง ($\bar{X}=3.81$) รองลงมาคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีความตึงเครียด โดยมีอาการแสดงเช่น กลัว วิตกกังวล และ กระวนกระวาย ($\bar{X}=3.36$) และผู้ป่วยจิตเภทมีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า พุดน้อยลง ($\bar{X}=3.13$) ส่วนข้อที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางจิต ที่มีค่าคะแนนต่ำสุดคือ ผู้ป่วยจิตเภทสับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล ($\bar{X}=1.58$)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ และสร้างสมการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความเพียงพอของรายได้ การทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	negEE	Income	Work	Time	Coping	Care	Suffer	Symp.
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ								
(negEE)	1.00							
ความเพียงพอของรายได้								
(Income)	.012	1.00						
การทำงาน (work)	.231*	.107	1.00					
ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย								
ในแต่ละสัปดาห์ (time)	.249*	.114	.158*	1.00				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่ง								
แก้ปัญหา (coping)	-.323*	-.008	-.046	-.049	1.00			
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย								
(care)	-.373*	.011	-.181*	-.059	.517*	1.00		
ความทุกข์ทรมาน (suffer)	.219*	.150*	.052	.285*	-.254*	-.244*	1.00	
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ								
ทางจิต (symp.)	.434*	.089	.186*	.106	-.252*	-.269*	.438*	1.00

* $p < .05$

จากตารางที่ 15 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตัวแปรพยากรณ์ ยกเว้น ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ การทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ($r = .231, .249, .219$ และ $.434$ ตามลำดับ) นอกจากนั้นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และความสามารถในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.323$ และ $-.373$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุดคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา กับ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรในการพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และค่าคงที่ของการพยากรณ์

ตัวแปร	b	S.E.b	Beta	t
ความเพียงพอของรายได้ (Income)	-.032	.054	-.041	-.595
การทำงาน (Work)	.071	.049	.102	1.457
ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (Time)	.144	.050	.203	2.874*
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (coping)	-.151	.087	-.139	-1.750
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (care)	-.137	.056	-.196	-2.439*
ความทุกข์ทรมาน (suffer)	-.034	.039	-.070	-.883
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.082	.019	.340	4.442*
R = .569 R ² = .324 F = 10.402 Constant = 2.607 S.E.est = .292				

* $p < .05$

จากตารางที่ 16 พบว่าเมื่อนำตัวแปรทำนายทั้งหมด 7 ตัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มาพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ประมาณร้อยละ 32.4 ($R^2 = .324$) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.434	.188	.188	36.651*
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต, ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	.509	.259	.071	27.486*
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต, ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย, การเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	.546	.298	.038	22.036*

* $p < .05$

จากตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต อธิบายความแปรปรวนของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .188 แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ประมาณร้อยละ 18.8

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .259 ($R^2 = .259$) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลได้ประมาณร้อยละ 25.9 โดยที่เมื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเข้าไปจะสามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.1 (R^2 change = .071)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .298 ($R^2 = .298$) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ประมาณร้อยละ 29.8 โดยที่เมื่อเพิ่มตัวแปรระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์เข้าไป จะ

สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.8 (R^2 change=.038)

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตัวพยากรณ์	B	S.E.b	Beta	t
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.082	.017	.340	4.864*
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (care)	-.189	.049	-.270	-3.878*
การเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	.140	.048	.197	2.917*
R=.546 R ² = .298 F= 22.036 Constant= 2.330 S.E.est = .294				

*p<.05

จากตารางที่ 18 เมื่อพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปมาตรฐานพบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสูงสุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (Beta=.340) รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Beta= -.270) และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (Beta= .197) ตามลำดับ แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต เป็นอันดับแรกในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ โดยสามารถสร้างสมการการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 2.330 + .082 \text{ (การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต)} - .189 \text{ (ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท)} + .140 \text{ (ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์)}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .340 Z \text{ (การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต)} - .270 Z \text{ (ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท)} + .197 Z \text{ (ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์)}$$

ตารางที่ 19 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความเพียงพอของรายได้ การทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

ตัวแปร	postEE	Income	Work	Time	Coping	Care	Suffer	Symp.
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก(postEE)	1.00							
ความเพียงพอของรายได้ (Income)	-.063	1.00						
การทำงาน (work)	-.042	.107	1.00					
ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (time)	.010	.114	.158*	1.00				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (coping)	-.231*	-.008	-.046	-.049	1.00			
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (care)	-.222*	.011	-.181*	-.059	.517*	1.00		
ความทุกข์ทรมาน (suffer)	.042	.150*	.052	.285*	-.254*	-.244*	1.00	
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.300*	.089	.186*	.106	-.252*	-.269*	.438*	1.00

*p<.05

จากตารางที่ 19 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยตัวแปรทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ($r = -.231$ และ $-.222$) และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ($r = .300$)

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรในการพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และค่าคงที่ของการพยากรณ์

ตัวแปร	b	S.E.b	Beta	t
ความเพียงพอของรายได้ (Income)	-.057	.073	-.059	-.775
การทำงาน (Work)	-.102	.065	-.122	-1.562
ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์(Time)	.028	.068	.032	.412
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (coping)	-.168	.117	-.128	-1.441
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (care)	-.106	.076	-.126	-1.404
ความทุกข์ทรมาน (suffer)	-.094	.052	-.158	-1.795
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.096	.025	.327	3.820*
R = .398 R ² = .158 F= 4.079 Constant = 2.525 S.E.est = .394				

*p<.05

จากตารางที่ 20 เมื่อนำตัวแปรทำนายทั้งหมด 7 ตัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มาพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวพบว่า สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ประมาณร้อยละ 15.8 ($R^2 = .158$) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.300	.090	.090	15.609*
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต, การเผชิญความเครียด	.340	.116	.026	10.265*

* $p < .05$

จากตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต อธิบายความแปรปรวนของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .090 แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ร้อยละ 9

เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .116 ($R^2 = .116$) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาสามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลได้ประมาณร้อยละ 11.6 โดยที่เมื่อเพิ่มการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเข้าไปจะสามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.6 (R^2 change = .026)

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b

ตัวพยากรณ์	b	S.E.b	Beta	t
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.076	.023	.258	3.326*
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	-.218	.102	-.166	-2.137*
R=.340 R ² = .116 F= 10.265 Constant= 2.076 S.E.est = .397				

*p<.05

จากตารางที่ 22 เมื่อพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปมาตรฐานพบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสูงสุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (Beta=.258) รองลงมา คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Beta= -.166) แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต เป็นอันดับแรกในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยสามารถสร้างสมการการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 2.076 + .076 \text{ (การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต)} - .218 \text{ (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา)}$$

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .258 Z \text{ (การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต)} - .166 Z \text{ (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา)}$$

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน และเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล ที่ร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20-59 ปี ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลวิชะภูเก็ตร โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 160 คน ที่ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 7 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในความดูแล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคำตอบลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับให้เลือกคำตอบ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของ นพรัตน์ ไชยชำนาญ (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคำตอบลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกคำตอบ จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบวัดความทุกข์ทรมาน เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎี ตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคำตอบลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกคำตอบ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเครื่องมือประเมินอาการทางจิตของ Overall & Gorham (1962) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัย สร้างข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 10 เซนติเมตร จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของ Sunpaveerawong (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคำตอบลักษณะประมาณค่า 4 ระดับ ให้เลือกคำตอบ จำนวน 33 ข้อ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ทุกชุด ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนมีดังนี้ แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความทุกข์ทรมาน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก เท่ากับ .74, .78, .86, .89, .86, .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 4 ท่านเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 160 คน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ 160 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1.1 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมจำนวนสูงสุด (ร้อยละ 85.6)

รองลงมาคือมีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมาก (ร้อยละ 10.6) นอกจากนี้ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่ต้องปรับปรุงเลย

สำหรับการแสดงออกทางอารมณ์รายด้านพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ดังนี้

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่มีค่าคะแนนสูงสุดคือ ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ($\bar{X}=2.49$) รองลงมาคือการวิพากษ์วิจารณ์ ($\bar{X}=1.86$) และการแสดงความไม่เป็นมิตร ($\bar{X}=1.55$)

ด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ผู้ดูแลในครอบครัวมีอาการไม่สบายทางกายเพราะกังวลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด ($\bar{X}=2.68$) และผู้ดูแลในครอบครัวควบคุมอารมณ์ได้ยากเมื่อผู้ป่วยทำให้เขาโกรธต่ำที่สุด ($\bar{X}=2.13$)

ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเป็นทุกข์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด ($\bar{X}=2.56$) และผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้สึกที่ผู้ป่วยเกลียดเขา ต่ำที่สุด ($\bar{X}=1.34$)

ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ต้องทำโทษผู้ป่วยแรง ๆ เพื่อให้เขารับผิดชอบต่อตัวเองสูงที่สุด ($\bar{X}=1.83$) และผู้ดูแลในครอบครัวอยากให้ผู้ป่วยตายไปต่ำที่สุด ($\bar{X}=1.27$)

1.2 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ซึ่งประกอบด้วย การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร และการแสดงความชื่นชม พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเหมาะสม มีจำนวนสูงสุด (ร้อยละ 56.9) รองลงมาคือมีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมาก (ร้อยละ 42.5) และไม่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกที่ต้องปรับปรุงเลย

สำหรับการแสดงออกทางอารมณ์รายด้านพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ดังนี้

การแสดงความชื่นชม ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าคุณผู้ป่วยจิตเภทพยายามทำตามคำแนะนำของเขา สูงที่สุด ($\bar{X}=1.89$) และผู้ดูแลในครอบครัวมองว่าคุณผู้ป่วยไม่มีพิษภัยกับใครต่ำที่สุด ($\bar{X}=1.63$)

การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเสียใจกับการเจ็บป่วยของคุณผู้ป่วยสูงที่สุด ($\bar{X}=1.64$) และผู้ดูแลในครอบครัวรักผู้ป่วยต่ำที่สุด ($\bar{X}=1.35$) ซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสมมาก

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 (S.D.=0.31) ความทุกข์ทรมาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.99 (SD=0.71) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 (SD=1.43) และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเมื่อแบ่งเป็นรายด้าน ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจกระทำเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉลี่ย 3.89 (SD=0.59) และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม มีค่าคะแนนโดยเฉลี่ย 3.83 (SD=0.49)

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เมื่อนำตัวแปรทั้งหมด ทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มาพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สามารถพยากรณ์ได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ร้อยละ 32.4 ($R^2=.324$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏว่าตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (Beta=.203) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Beta= -.196) และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (Beta=.340)

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้วิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งสามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน ได้ประมาณร้อยละ 29.8 ($R^2=.298$) ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกมี 2 ตัว โดยตัวแปรที่มีความสำคัญในการทำนายทางบวก คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (Beta= .340) รองลงมาคือ ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (Beta=.197) ส่วนตัวแปรที่มีความสำคัญในการทำนายทางลบ คือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Beta=-.270) ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ}} = 2.330 + .082 \text{ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต} \\ - .189 \text{ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท} + .140 \text{ ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ}} = .340 Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต}} \\ - .270 Z_{\text{ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท}} + .197 Z_{\text{ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์}}$$

4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เมื่อ นำตัวแปรทั้งหมด ทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบ มุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความรุนแรง ของอาการทางจิต มาพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท พบว่า สามารถพยากรณ์ได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ร้อยละ 15.8 ($R^2=.158$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน ปรากฏว่าตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ($Beta=.327$)

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้วิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรง ของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งสามารถทำนายการแสดงออก ทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน ได้ประมาณร้อยละ 11.6 ($R^2=.116$) ตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกมี 1 ตัว โดยตัวแปรที่มีความสำคัญในการทำ ทำนายทางบวก คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ($Beta=.258$) ส่วนตัวแปรที่มีความ สำคัญในการทำนายทางลบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ($Beta=-.166$) ซึ่ง สามารถเขียนสมการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิต เภทภาคใต้ตอนบน ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 2.076 + .076 \text{ (การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต)} - .218 \text{ (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา)}$$

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .258 Z \text{ (การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต)} - .166 Z \text{ (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา)}$$

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน สามารถนำมาอภิปรายประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับที่เหมาะสม ($\bar{X} = 1.89$) และไม่มีผู้ดูแลที่มีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต้องปรับปรุงเลย

จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า การที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับที่เหมาะสมและไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่ต้องปรับปรุงเลยนั้น เป็นเพราะการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดา (ร้อยละ 38.75) รองลงมาคือ พี่-น้อง (ร้อยละ 33.13) ซึ่งมีความผูกพันทางสายเลือด ให้การดูแลด้วยความรักและเอาใจใส่ และผู้ป่วยเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนโดยไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งในพื้นที่ภาคใต้ตอนบนมีการบริการด้านจิตเวชชุมชน โดยการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะที่ดีต่อผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ (จริญสรวรพ์ และคณะ, 2548) นอกจากนี้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ได้มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำอีกด้วย

เมื่อพิจารณาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านความผูกพันที่มีมากเกินไปกว่าด้านอื่น ๆ ($\bar{X} = 2.49$) โดยเมื่อพิจารณาร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 71.30 และผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย ร้อยละ

38.75 สอดคล้องกับการศึกษาของ Vaughn and Leff (1976); Mino et al.(1995); Phillips and Xiong (1995) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นบิดา-มารดา จะให้การดูแลแบบปกป้อง ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปสูงกว่าด้านอื่น ๆ

เมื่อพิจารณาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบตามรายชื่อ (ตารางที่ 8) ส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเหมาะสม โดยที่ผู้ดูแล คิดว่าคงจะดีหากผู้ป่วยตายไป ($\bar{X}= 1.27$) มีความเหมาะสมมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าผู้ป่วยสร้างปัญหาหรือภาระ และสร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ดูแลเพียงใด แต่ผู้ดูแลก็ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยตายไป และพบว่าผู้ดูแลไม่ได้เกลียดการดูแลผู้ป่วย ไม่อยากให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไป รวมทั้งไม่ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยไปอยู่ไกล ๆ จากเขา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เมื่อพิจารณารายชื่อ คือ ฉันเกลียดการดูแลเขา อยากให้เขาอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไปและคงจะดีหากเขาไปอยู่ไกล ๆ จากฉัน ($\bar{X}= 1.33, 1.44, 1.48$ ตามลำดับ) ดังกล่าวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมมาก ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เมื่อผู้วิจัยซักถามในประเด็นดังกล่าว ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่า “หากผู้ป่วยต้องไปอยู่ไกล ๆ จากเขาหรืออยู่ในโรงพยาบาล เขาจะรู้สึกเป็นห่วง การดูแลผู้ป่วยแม้ว่าจะรู้สึกเหนื่อยและเบื่อบ้าง แต่เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลและจะดูแลให้ดีที่สุด” แม้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ดูแลจะมีความทุกข์ใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ($\bar{X}=2.56$) และจากการซักถามผู้ดูแลถึงประเด็นดังกล่าว ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างหลายคนบอกว่า “รู้สึกเป็นทุกข์ใจกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ต้องการให้มีพฤติกรรมที่ดีจะไม่เป็นที่รังเกียจของผู้อื่น “ ทั้งนี้ผู้ดูแลมีความปรารถนา ให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรค และกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขในสังคม และเป็นที่ยอมรับจากบุคคลในสังคม

2. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับที่เหมาะสม ($\bar{X}= 1.63$) และไม่มีผู้ดูแลที่มีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต้องปรับปรุงเลย

จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ซึ่งได้แก่ การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร และการแสดงความชื่นชม ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 38.75 และรองลงมาเป็นพี่-น้องร้อยละ 33.13 ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่มีความผูกพันทางสายเลือด ย่อมมีความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ทำให้เกิดความรู้สึกสงสาร มองผู้ป่วยในแง่ดี

ต้องการให้ผู้ป่วยหาย เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของครอบครัวที่จะต้องทำหน้าที่ดูแลเมื่อสมาชิกเกิดการเจ็บป่วย (Friedman, 1992 อ้างถึงในภูมิมาภิชาติ แสงเขียว, 2542)

การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากเป็น การป้องกันการป่วยซ้ำแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่พึ่งพาผู้ดูแล มากเกินไป และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท บทบาทของพยาบาลจิตเวชต้องให้การ พยาบาลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ทั้งในผู้ป่วยที่ ดำรงชีวิตในชุมชน และในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับป่วยซ้ำ ควรเน้นให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญ ของการแสดงออกทางอารมณ์ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Cozolino et al.,1988) ฝึก ทักษะการสื่อสาร และการแก้ปัญหาภายในครอบครัว (Falloon et al.,1982; 1985 cited in Brooker., 1990) เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ รวมทั้งฝึกทักษะการแสดงออกของ ผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกต่อผู้ป่วยด้วยการไม่ วิพากษ์วิจารณ์ ไม่แสดงความรังเกียจ และไม่หวั่นไหว หรือกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยบ่อยครั้ง เกินไปโดยไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

3. ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบนมี 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรง ของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย ในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 29.8 ($R^2=.298$)

ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบนมี 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 11.6 ($R^2=.116$)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต สามารถทำนายได้ทั้งการแสดงออกทาง อารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบนได้ (Beta=.340 และ Beta=.258) สอดคล้องกับการศึกษาของ King et al.(2003) ที่ศึกษาพบว่า การแสดงออก ทางอารมณ์ของมารดาเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย นอกจากนั้นยัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shimodera et al. (1998) ที่ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการของ ผู้ป่วยมากที่สุด

อธิบายได้ว่าการที่การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต สามารถทำนายได้นั้น เนื่องจากว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตส่วนหนึ่งแปรผันตามอาการจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องรับรู้และเผชิญตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนมีอาการคงที่แล้ว แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ จะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) แตกต่างกันไปในแต่ละคน เช่น หวาดระแวง หลงผิด ทำร้ายผู้อื่น มีอารมณ์โกรธ อันจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และกลัวการกลับเป็นซ้ำ (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543; วรช นธิกุล, 2535) และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และความรุนแรงที่เกิดขึ้น โดยอาการทางจิตที่เปลี่ยนแปลงมีทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบ หากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นผู้ดูแลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการแสดงนั้นโดยการแสดงออกทางอารมณ์ โดยเฉพาะการวิพากษ์วิจารณ์ และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (King et al., 2000; 2003) ทั้งนี้เนื่องมาจากความห่วงใยใส่ใจ และความคาดหวัง ที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคและสามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขในสังคมต่อไป และเมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล พบว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา และพี่น้องที่มีความผูกพันกันทางสายเลือด เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น จึงเกิดความสงสัย ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็นอยู่ จึงแสดงออกทางอารมณ์โดยการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตรและการแสดงความชื่นชม นอกจากนี้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้ป่วยจิตเภทไม่ทำงาน (ร้อยละ 51.9) ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตในระดับน้อย มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกที่ไม่เหมาะสมได้ โดยผู้ดูแลอาจมีความคาดหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ประกอบอาชีพ หารายได้เพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลอีกทางหนึ่ง (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) รวมทั้งการที่ผู้ป่วยได้ทำงานยังทำให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่ดี มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก ไม่แยกตัว

บทบาทของพยาบาลจิตเวชจะต้องให้การพยาบาล เพื่อป้องกันมิให้มีการกำเริบซ้ำของโรคหรือเพื่อควบคุมไม่ให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น ด้วยการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักรู้ถึงการรับประทายอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการทางจิต ด้วยการ เสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งกระบวนการประกอบด้วย 1) การค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย 2) การสร้างพลังเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย 3) การเสริมสร้างแหล่งของอำนาจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับ

ผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งพลังที่จะปฏิบัติ เป็นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา

นอกจากนี้การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้วยการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) กิจกรรมประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพบำบัด 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา 4) การส่งเสริมความตระหนักในการจัดการกับอาการทางลบและการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน 5) การส่งเสริมการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว และ 6) การเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย

เมื่อสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่ให้อาการรุนแรงหรือกำเริบ ผู้ดูแล ย่อมมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางจิตในระดับที่น้อย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ ($Beta = -.270$) แต่มีความสัมพันธ์ในทางลบ ทั้งนี้ความสามารถในการดูแลเป็นสิ่งซึ่งสะท้อนภาระในการดูแล โดยภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแล (จริยา วิทยะศุกร, 2539; Bull, 1990 อ้างถึงใน วันดี ไตรสุขศรี, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ Scazufca and Kuiper (1996;1998) ที่พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์

อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูง จะทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแล (วันดี ไตรสุขศรี, 2539) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต่ำ ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล จะมีความเข้มแข็งในตนเอง มีทักษะและสามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ อีกทั้งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย การมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเป็นเสมือนแรงกระตุ้นและกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ลดความตึงเครียด และความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วยลงได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

การพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อวางแผนการช่วยเหลือผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการ

การดูแลผู้ป่วย โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการดูแล รวมทั้งฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) หรือการให้การดูแลผู้ป่วยดูแลแบบของครอบครัวเพื่อลดภาระและความเครียด (นพรัตน์ ไชยชำนาญ, 2544) ซึ่งกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยดูแลแบบของครอบครัวประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง 3) การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ 4) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 5) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย และ 6) การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม รวมทั้งการให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแล จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย และความเครียดที่เกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วยจึงลดลงตามมา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ พบว่า สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ ($Beta=.197$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boye et al. (1999) ที่พบว่าระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์

อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีการปฏิสัมพันธ์ และมีการทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยในแต่ละวันผู้ดูแลต้องเผชิญกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ หรือบางรายมีอาการกำเริบ ไม่คงที่ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทบางรายผู้ดูแลต้องคอยดูแล ให้ความช่วยเหลือหลาย ๆ ด้าน เช่น การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องการรับประทานยา หรือแม้แต่ต้องคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและรับผิดชอบงานมากขึ้นตามหน้าที่ (Friedman, 1992 อ้างถึงใน ภูมิมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเกิดในรูปของความทุกข์ใจ ความเครียด วิตกกังวล จากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย (ดวงรัตน์ แซ่เตีย, 2546) และเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบตามมา ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.30 มีระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ตั้งแต่ 35 ชั่วโมง และผู้ดูแลรู้สึกเป็นทุกข์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย มีคะแนนอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ($\bar{X}=2.56$) ซึ่งลักษณะเช่นนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบตามมา

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในลดระยะเวลาการเผชิญหน้าระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีการให้ความรักความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2545) แบ่งเบา

ภาระการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแลหลัก เพื่อลดระยะเวลาการเผชิญหน้าระหว่างผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย จิตเภท ให้ผู้ดูแลหลักได้ผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วย ได้ทำกิจกรรมหรือประกอบอาชีพ (Bentsen et al.,1998) ตามความสามารถของผู้ป่วยเพื่อให้ ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลักให้น้อยลง

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา สามารถทำนายการแสดงออกทาง อารมณ์ทางบวกได้ ($\text{Beta} = -.166$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall & Docherty (2000) ที่พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบิดา-มารดาที่มีความสัมพันธ์ทาง ลบกับการแสดงออกทางอารมณ์

อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลขาดทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อ สุขภาวะทางจิตของผู้ดูแล (Folkman, 2002 อ้างถึงใน ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ทั้งนี้การเจ็บป่วย เรื้อรังซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานผู้ดูแลต้องรับมือกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนต้อง แปรกับปัญหาต่าง ๆ มากมายก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล ทั้งปัญหาจากอาการที่ไม่แน่นอน ของผู้ป่วย ปัญหาเศรษฐกิจการเงิน การดำเนินชีวิตในสังคม ลักษณะความเครียดจะปรากฏ ออกมาทางด้านร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิดซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวหรือเผชิญกับ ความเครียดเพื่อลดความไม่สบายใจ (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) และหากผู้ดูแลมีการเผชิญ ความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ทางบวก จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{X} = 2.88$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมี การใช้ทักษะ และปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ยอมรับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น จึงมี การใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ทางบวกเหมาะสม ตามมา

จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าร่วมเพื่อเป็นการ แลกเปลี่ยนความรู้และทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม หลาย ๆ วิธี รวมทั้งการให้ คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดและยังทำ ให้ผู้ดูแลมีการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการเปิด โอกาสให้สมาชิกมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นของสมาชิกและร่วมกันหา แนวทางในการแก้ปัญหา ผลที่ตามมาคือทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีการ แสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางการปรับปรุงบริการพยาบาลได้ ดังนี้

1. นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการปรับปรุงลักษณะบริการพยาบาล ด้านการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ดูแลนำผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรก โดยเน้นให้ผู้ดูแลมีทักษะในการตัดสินใจในการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต และการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและอาการแสดง และลักษณะความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อพาผู้ป่วยมารับบริการ
2. พยาบาลจิตเวชควรให้กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญและผลกระทบของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ในแต่ละด้าน โดยเฉพาะด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป รวมทั้งส่งเสริมทักษะด้านการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
3. พยาบาลจิตเวชให้ความรู้แก่ครอบครัวซึ่งนอกเหนือจากผู้ดูแลหลัก เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ เมื่อมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นทักษะการสื่อสารภายในครอบครัวที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรคัดสรร สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ประมาณร้อยละ 29.8 แสดงให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่น ๆ อีกที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่คาดว่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ได้ เพื่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
2. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละภาคที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์และมีความแตกต่างกันอย่างไรระหว่างปัจจัยต่าง ๆ เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนการพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป
3. พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลและผู้ดูแลเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้และวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา ชัยเจริญ. 2547. **ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษณ์ชลิ เพียรทอง. 2547. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. **ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2535. **รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต**. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์(อัดสำเนา).
- จลิ เจริญสรรพ และคณะ. 2548. **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน**. รายงานการวิจัย งานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคณะ. 2547. **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2541. **ความต้องการบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี 2541. กรุงเทพมหานคร :กรมสุขภาพจิต.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. **แนวคิดในการพัฒนางานบริการผู้ป่วยจิตเวช**. รายงานการอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- จอม สุวรรณโณ. 2541. **ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง**. วารสารพยาบาล 47 (กรกฎาคม – กันยายน) : 147-157.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2540. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยุทธินทร์การพิมพ์จำกัด.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ. 2531. **การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 33(กรกฎาคม- กันยายน) :99-105.

- ณัฐยา พรหมบุตร. 2545. **สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงตา อุทุมพฤษพร. 2533. **ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการ
กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด
การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. 2540. **ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและ
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์ภา เชษฐไชยาลิต. 2549. **การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการ
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต
เวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.สงขลา.(คัดสำเนา)**
- ทีปประพิน สุขเขียว. 2543. **การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลภา นุปผาสังข์. 2545. **ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้า
รักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, พิชานี แสนมโนวงศ์. 2542.
รายงานการวิจัยเรื่องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่.คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ วรวัชรนันท์. 2546. **พฤติกรรมเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นพรัตน์ ไชยธานี. 2544. **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2546. **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และ เยาวนาถ สุวลักษณ์. 2547. ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 12(3):141-149.
- บุศริน เอียวสีหยก. 2545. **ผลของการใช้ต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประทุม ชุ่มเพ็งพันธุ์. 2544. **วิถีชีวิตชาวใต้ ประเพณีและวัฒนธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สมรเด็ก.
- ปัทมา ทัพเสรินทร์. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนตัว การสนับสนุนทางสังคม กับ การเผชิญภาวะเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โปรยทิพย์ กลิ่นพันธ์. 2541. **ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. **ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พหล วงศาโรจน์. 2541. **การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต: ยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติ. ประชาคมสุขภาพจิตอีสาน'41**.ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- พัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงปรัญในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวังกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. 2542. **ความก้าวหน้าของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 44 (2):171-179.

- พิศสมร เดชดวง. 2545. **การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ**.วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2540. ตราบาปและโรคทางจิตเวช. **วารสารสวนปรุง** 13(1):29-36
- เพชร อินอิม. 2531. ความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารสุขภาพจิตชุมชน** 9:16-18.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่
ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญภา แดงดองยุทธ์,อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย และ ชนกวร จิตปัญญา. 2547. ตราบาป:การ
รับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. **วารสารการพยาบาลจิต
เวชและสุขภาพจิต** 18 (มกราคม-มิถุนายน): 1-9.
- ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2547. **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์
ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- ภรดี ไชยสิน. 2545. **การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: การศึกษาใน
โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. 2542. **การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของ
ผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่:โรงพิมพ์
แสงศิลป์.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนศิลป์. 2544. สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
จิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 9(3): 113-
127.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2538. ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงาน
การวิจัย. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13(มกราคม- มีนาคม):19-26.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2539. แนวคิดการให้ความช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสาร
พยาบาลศาสตร์** 14 (มกราคม-มีนาคม): 43-53.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการ
พยาบาล. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 13 (กรกฎาคม-ธันวาคม):1-9.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2537. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาการวิจัย. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 1: 84-89.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. 2543. **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชเนกร อุปเสน. 2541. **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ราตรี ภูบุญ. 2545. **พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจิรา จงสกุล, สิวลี เปาโรหิตย์, วรณภา แห้วดี, เพ็ญศิริ สมใจ และ วชิร หัตถพรหม. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. **วารสารกรมสุขภาพจิต** 4(1):21-35.
- วรกช นิธิกุล. 2435. **การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาดา แซ่ตั้ง. 2528. **การแสดงออกทางอารมณ์ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันของนักเรียนมัธยมศึกษา ตามการรับรู้ของตนเอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี ไตรสุขศรี. 2539. **ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช. 2537. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 12(14):33-37
- ศรีสุดา วนาลีสิน, ทิพย์ภา เชษฐไชยลิต, พรธนี อ่าวเจริญ และ จิตลัดดา ไชยมงคล. 2546. ปัญหาทางอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 11(3): 121-131.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2540. **จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. 2542. การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกของคนอีสาน. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 44 (มกราคม-มีนาคม):38-44.

- ศิริพร โอภาสวัตรชัย . 2531. **ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สลิลลา มากะจันทร์. 2541. **ความรู้ เจตคติ และรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาและโรงพยาบาลศรีธัญญา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข,กระทรวง.กรมสุขภาพจิต. 2543.**อิคิว : ความฉลาดทางอารมณ์**.กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- สุพัตรา อยู่สุข. 2536. **ระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย ระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ**.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมชาย จักรพันธุ์. 2548.**เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**.กรุงเทพมหานคร. (อัดสำเนา)
- เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ. 2545. **คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. 2545. **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณพ ทองคำ. 2546. **การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัศนี วันชัย. 2539. **ความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดม เขยกิจวงศ์, วิมล จิโรจน์พันธุ์ และ ประชิด สกุนะพัฒน์. 2548. **วิถีไทย**.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แสงดาว.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2540. **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. กรุงเทพฯ : เพ็ญฟ้า
พรินต์ติ้ง.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตาม
พยาธิสภาพ**. กรุงเทพฯ วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- เอื้ออารีย์ สาริกา . 2543. **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต
เภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Baker,A.F. 1989. Living with a chronically ill, Schizophrenic. **Journal of Psychosocial
Nursing** 27(1): 31.
- Baker, C.1993. **Family Psychiatric Nursing**. Philadelphia :Mosby.
- Baker, C.1995.The development of the self-care ability to detect early signs of relapse
among individual who have schizophrenia. **Archives of psychiatric nursing**
9(5):261-268.
- Barrowclough, C. and Hooley, J.M. 2003.Attribution and expressed emotion: A review.
Clinical Psychology Review 23:849-880.
- Barrowclough C,Tarrier N. and Johnston M. 1996.Distress, expressed emotion, and
attribution in relatives of schizophrenia patients.**Schizophrenia Bulletin** 22:691-
702.
- Bebbington,P .,Kuiper,L.1994.The clinical utility of expressed emotion in
schizophrenia : the extension of expressed emotion to the clinical staff. **Acta
Psychiatrica Scandinavica** 9(Suppl.382); 46-53.
- Benjamin J. Sadock and Virginia A. Sadock.2004.**Kaplan & Sadock's Comprehensive
Textbook of Psychiatry volume I 8th edition**. USA.Quebecor World Taunton.
- Benten H, et al.1998. Critilism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or
related psychoses: demographic and clinical predictor. **Acta Psychiatr Scand**
97(1):76-85.
- Bertrando, P.et al.1992. Expressed emotion and Schizophrenia in Italy. **British Journal
of Psychiatry** 161:223-229

- Bethesda, D.1999. Schizophrenia [online]. Available from: www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm National Institute of Mental Health [2006,May 19]
- Boye,.B., et al.1999.What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses?. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 34:35-43.
- Brady,N. and McCain,G.C.2005. Living With Schizophrenia :A Family Perspective [online]. Available from: www.medscape.com/viewarticle/499269 Kent State University College of Nursing [2006, March 12]
- Brewin, C.R., MacCarthy, B.,Duda, K. and Vaughn, C.E. 1991.Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. **Journal of Abnormal Psychology** 100:546-554.
- Brooker, C.1990.Expressed emotion and psychosocial intervention: a review. **Int. J. Nurs. Stud** 27 :267-276.
- Brown, G.W., Birley,J.L. and Wing, J.K.1972.Influence of family life on the course of Schizophrenia Disorder:A Replication **British Journal of Psychiatry**121:241-258.
- Butzlaff, R.L. and Hooley, J.M.1998.Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. **Arch Gen Psychiatry** 55 (6):547-552.
- Canavan, J. 1999.The Role of the Family in Schizophrenia [online]. Available from: www.tcd.ie/tsmj/2000/Schiz.html [2006, March 12]
- Chen, A.1991. Noncompliance in community :a review of clinical interventions. **Hospital and Community Psychiatry** 42:282-287.
- Cheng, A.T.A.2002. Expressed emotion: a cross-culturally valid concept?. **British Journal of Psychiatry** 181:466-467.
- Copy,G. and William,W.H.Predictive power and construct validity of the level of expressed emotion scale. **British Journal of Psychiatry** 1997;170:520-525.
- Docherty, N.M. and Cutting, L.P. 2000.Schizophrenia outpatients' perception of their parents :Is expressed emotion a factor?. **Journal of Abnormal Psychology** 109: 266-272.

- Cozolino, L.J., Goldstein, M.J., Neuchterlein, K.H., West, K.L., Snyder, K.S. 1998. **The impact of education about schizophrenia on relative varying in expressed emotion.** *Schizophrenia Bulletin* 14:675-687.
- Ekman, P., and Friesen, W.V. 1987. Universals and cultural differences in the judgments of facial expression of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 53 (4):712-717.
- Ekman, P. 1994. **Landscapes of emotion: Mapping three cultures of emotion in Indonesia.** New York: Cambridge University Press.
- Eva, F.J. and Puri, B.K. 1995. Expressed emotion and a hypothetical model of relapse in schizophrenia. *Medical Hypotheses* 45:99-105.
- Fadden, G., Bebbington, P. and Kuipers, L. 1987. The Burden of care : the impact of Function Psychosis illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry* 150:285-292.
- Falloon, L.R.H., Boyd, T.L. and Magil, C.W. 1984. **Family care of schizophrenia.** New York: Guilford Press .165-166.
- Fujita, H. et al. 2002. Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Research* 110:273-280.
- Giron, M. and Gomer ~Beneto, M. 1998. Relationship between empathic family attitude and relapse in schizophrenia : A 2~year follow-up prospective study. *Schizophrenia Bulletin* 24(4):619-627.
- Greenberg, S.J., Greeney, J.R., McKee, D., Brown, R., and Griffin-Francell, C. 1993. Mother caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on maternal health. *Family Relation* 42:205-211.
- Gualtiere, B. 1999. Understanding and help for schizophrenia [online]. Available from: www.christiansoulcare.com.helpforschizophrenia.htm Christian Soul Care.Com [2005, May 19]
- Hall, M.J. and Docherty, N.M. 2000. Parent coping styles and schizophrenia patient behavior as predictors of Expressed Emotion. *Family Process* 39:435-444.
- Hooley, L.M. and Hiller, J.B. 2000. Personality and Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychiatry* 109 :40-44.

- Inoue, S., Tanaka, S., Shimodera, S. and Mino, Y.1997. Expressed emotion and social function. **Psychiatry Research** 72: 33-39.
- Johnson, B.S. (1993). **Psychiatric Mental Health Nursing**. 3rd ed.Pennsylvania:J.B. Lippincott.
- Kalafi,Y.and Torabi, M.1996. The role of parental "Expressed Emotion" in relapse of schizophrenia [online].Available from: www.sums.ac.ir/~ijms/9621/kalafi9621.html Department of Psychiatry,Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran [2006, March 12]
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. 1998.Kaplan and Sadock' synopsis of psychiatric 8 th ed. Baltimore. Williams & Wilkins.
- Karanci , A.N. and Inandilar, H.2002.Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. **Soc Psychiatr Epidemiol** 37:80-88.
- King, S. and Dixon, J .M.1995.Expressed emotion ,family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. **Schizophrenia Research** 14:121-132.
- King, S. and Dixon, J .M. 1999. Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. **Schizophrenia Bulletin** 25(2):377-386.
- King, S. ,Ricard, N., Rochon,V., Steiger,H. ,Nelis, S.2003. Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia. **Psychiatry Research** 117:211-222.
- Kuipers, E., et al. 2006. Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. **British Journal of Psychiatry** 188: 173-179.
- Moore, E., Bill ,R.A., Kuiper,L.1992. Expressed emotion in staff working with the long term adult mental ill. **British Journal of Psychiatry** 161:802-808.
- Lazarus & Folkman .1984. **Stress appraisal and coping** . New York : Springer.
- Leff,J.1981.Controlled trail of social intervention in the family of Schizophrenia patients. **Br J Psychiatry** 141 :121-134.
- Leff,J et al.1987.Influence of Relative' Expressed Emotion on the Course of Schizophrenia in Chandigarh. **British Journal of Psychiatry** 151:166-173.
- Lenior, M.E., Dingemans ,P.M.A.J., Schene, A.H.,Hart, A.A.M. and Linszen, D.H.2002.The course of parental expressed emotion and psychotic epispsde

- after family intervention in recent-onset schizophrenia. **Schizophrenia Research** 57:183-190.
- Lenior., et al. 2000. Parental expressed emotion and burden in families of young schizophrenia patients [online]. Available from: www.amc.uvr.nl/posters/69/ Department of psychiatric, Academic medical centers. Amsterdam, Netherland [2006, June 22]
- Li, Z. and Arthur, D.2005. A study of three measures of expressed emotion in a sample of Chinese families of a person with schizophrenia. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 12:431-438.
- Loukissa, D.A.1995. Family burden in chronic mental illness: a review of research study. **Journal of Advanced Nursing** 21: 284-255.
- Marom, S., Munitz, H., Jones .P.B., Weizman, A. and Hermesh, H.2005. Expressed Emotion : Relavance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 years. **Schizophrenia Bulletin** 31:751-758.
- McCarty, C.A., Lau, A.S., Valeri, S.M. and Weisz, J.R.2004. Parent-Child Interactions in Relation to Critical and Emotionally Overinvolved Expressed Emotion (EE) : Is EE a Proxy for Behavior?. **Journal of Abnormal Child Psychology** 32:83-93.
- McDonagh ,L.A.2005.Expressed emotion as a precipitant of relapse in psychological disorders [online]. Available from: www.personalityresearch.org/papers/mcdonagh.html [2006, March 12]
- McKenzie, K. and Bhugra, D.2003. Expressed emotion across cultures. **Advances in Psychiatric Treatment** 9:342-348.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S. and Mintz, J.1988. Family factors and the course of bipolar affective disorder. **Archives of General Psychiatry**.45:225-231.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., and Hooyman, N.R.(1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family relation**.34:90-26.
- Moore, E., Kuipers, L., 1992. Behavioral correlates of expressed emotion in staff-pateint interactions. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidermal** 27:298-303.
- O' Connor, F. W. (2000). System Monitoring for Relapse prevention in schizophrenia. **Archives of psychiatric Nursing** 5 (4): 226-275.

- Oliver, N., Kuipers, E. 1996. Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers. **Intern Journal Soc Psychiatry** 42:150-159.
- Os, J.V., Marcelis, M., Germeys, I., Graven, S. and Delespaul, P. 2001. High expressed emotion : maker for a caring family?. **Comprehensive Psychiatry** 42 (November/December): 504-507.
- Peterson, E.C. and Docherty, N.M. 2004. Expressed emotion, attribution, and control in parents of schizophrenia patients. **Psychiatry** 67(2):197-207.
- Phillips, M.R., Pearson, V., Li, F., Xu, M. and Yang, L. 2002. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. **British Journal of Psychiatry** 181: 488-493.
- Phillip W. Long. 2001. Basic factor about schizophrenia [online]. Available from: www.mentalhealth.com [2006, June 22]
- Phillips, M.P., and Xiong, W. 1995. Expressed emotion in Mainland China: Chinese families with Schizophrenia patients. **International Journal of Mental Health** 24(3):54-75.
- Ran, M., Leff, J., Hou, Z., Xiang, M. and Chan, C.L. 2003. The characteristics of expressed emotion among relatives of patients with schizophrenia in Chengdu, China. **Culture, Medicine and Psychiatry** 27:95-106.
- Reid-Ponte, P. 1992. Distress in cancer patients and primary nurse' empathy skills. **Cancer Nursing** 15(4): 283-292.
- Rhodes, V.A., and Watson, P.M. 1987. Symptom distress the concept past and present. **Seminars in Oncology Nursing** 3(4):242-247.
- Rungreangkulkij, S. and Gilliss, C.L. 2000. Conceptual Approaches to Studying Family Caregiving for Persons With Severe Mental Illness. **Journal of Family Nursing** 6 (4): 431-366.
- Rund, B.R., Oie, M., Borchgrevink, T.S., Fjell, A. 1995. Expressed Emotion Communication Deviance and Schizophrenics. **Psychopathology** 28:220-228.
- Schreiber, L.J., Breifer, A. and Pichar, D. Expressed emotion trait or state?. **British Journal of Psychiatry**. 1995; 166:647-649.

- Scazufca M and Kuipers E.1998.Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social function.**Psychol Med** 28(2):453-61.
- Scazufca and Kuipers. (1996).Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patient with schizophrenia.**Br J Psychiatry** 168(5):580-7.
- Scott B.R.(1986). **The Oxford Companion to Medicine**.New York: Oxford university Press.
- Shimodera S,Inoue S,Tanaka S, Mino Y.1998. Critical comments made to schizophrenic patients by their families in Japan.**Compr Psychiatry** 39(2):85-90.
- Shimodera,S., Mino,Y., Inoue, S., Izumoto, Y., Fujita, H and Ujihara, H.2000.Expressed emotion and Family distress in relatives of patients with schizophrenia in Japan. **Comprehensive Psychiatry** 41(September/October): 392-397.
- Snyder, KS., Wallace, C.J., Moe, K.,Lieberman, RP. 1994.Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life. **Hosp Comm Psychiatry** 45:1141-1143.
- Solomon,P., and Draine, J.1995.Subjective burden among family members of mentally ill adult: Relation to stress, coping and adaptation. **American Journal of Orthopsychiatry** 65:419-427.
- Sonpaveerawong ,J. 2002.**Strategies used by schizophrenic patients to cope with stress in their daily living : a study at Somdet Chaopraya hospital**. Master of Nursing Science Thesis of Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing Mahidol University.
- Stugeon,D., Graham, T., Kuiper,L.,Berkowitz and Leff, J.1984. Psychological Response of Schizophrenia Patient to high and low Expressed Emotion. **British Journal of Psychiatry** 145:62-9
- Sullivan, G., Well, K.B., Morgenstem,H.,and Leake,B. 1995. Identifiable risk factor for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. **American Journal of Psychiatry** 152 :1749-1756.
- Sundel, M., and Sundel, S. (1999). **Behavior Change in the Human Services**. 4th ed. California: Sage Publications.

- Sunpaveerawong,J. 2006. **Devolopment of the Thai Expressed Emotion Scale for family caregiver of Schizophrenic patients**. Degree of Doctor of Philosophy in Nursing. Prince of Songkla University.
- Taylor, M.C.1994.**Essential of Psychiatric Nursing**. 4th ed. St. Louis:Mosby.
- Vaughn, C.E. ,Leff,J.P. The influence of family and social factors on the course of psychiatry. **British Journal of Psychiatry** 1976; 126:125-37.
- Wearden, A.J.,Tarrier, N.,Barrowclough, C.,Zastowny,T.R. and Rahill, A.A.2000.A review of expressed emotion research in health care. **Clinical Psychology Review** 20: 633-666.
- Winefield HR, Harvey EJ. 1993. Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia.**Schizophrenia Bulletin** 19;619-625.
- Wig, N.N.et al.1987.Distribution of expressed emotion component among relatives of schizophrenia patients in Aarhus and Chandigarh. **British Journal of Psychiatry** 151:160-165.
- World Health Organization. (1992).**The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder:Clinical Descriptions and Diagnotic Guidelines**. Switzerland: World Health Organization.
- Wueker,A.M. Communication patterns and express emotion in families of persons with mental disorder. **Schizophrenia Bulletin** 1996;22 :671-690.
- Wuerker, A.K.,Haas, G.L., Bellack, A.S.2001.Interpersonal Control and Expressed Emotion in Family of Persons With Schizophrenia: Change Over Time. **Schizophrenia Bulletin** 27(4):761-686.
- Yager, M.I. 1989.Clinical Manifestations of psychiatric disorder In H.J.Kaplan & B.J.Sadock (Eds). **Comphrehensive text book of psychiatric/Volume1**. 5th ed. Baltimer:Williams & Wilking.
- Yang LH.2003. Causal Attributions, Expressed Emotion, and Patient Relapse :Recent finding and application to Chinese societies.**Hong Kong Journal Psychiatry** 13:16-25



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

นายแพทย์สุเมธ ฉายศิริกุล	นายแพทย์ 8 กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นางจลิ เจริญสรรพ	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
นางดวงตา กุศลรัตนญาณ	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
นางสุชาดา หนูณฑสาร	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัยเรื่อง

“ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน”

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับผู้ถูกสัมภาษณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
4. ระดับการศึกษา
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา
 - () อนุปริญญา
 - () ปริญญาตรี
 - () สูงกว่าปริญญาตรี
5. ระยะเวลาที่การดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
7. ลักษณะการทำงานหรืออาชีพ
 - () งานบ้าน
 - () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - () เกษตรกร
 - () รับจ้าง
 - () ค้าขาย
 - () อื่น ๆ
8. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว (ตามการรับรู้ของท่าน)
 - () เพียงพอ
 - () ไม่เพียงพอ
9. ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์
 - () น้อยกว่า 35 ชั่วโมง
 - () 35 ชั่วโมงขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

คำชี้แจง : แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกต่อการเผชิญความเครียดของท่านในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยข้อความครอบคลุมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ไม่เป็นความจริง หมายถึง ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกเลย
เป็นความจริงน้อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกบ้าง
เป็นความจริงบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกส่วนมาก
เป็นความจริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกทุกครั้ง

ข้อความ	ไม่เป็นความจริง	เป็นความจริงน้อยครั้ง	เป็นความจริงบ่อยครั้ง	เป็นความจริงทั้งหมด
1. ท่านยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย				
2. ท่านแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นที่ละประเด็น				
3.				
10. ท่านนำประสบการณ์เดิมมาจัดการกับความเครียด				
11. การได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ท่านจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น				
12.				

ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ที่อธิบายได้ตรงกับตัวท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลน้อยที่สุด

หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย					
1) ท่านสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลง					
2) ท่านตัดสินใจจัดการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบได้ ไม่เกิดอันตราย					
3) ท่านมีวิธีการดูแลผู้ป่วยใหม่ ๆ จากคนในครอบครัว					
4).....					
17) ท่านดูแลหรือจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย					
18) ท่านเอาใจใส่ดูแลเกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศของผู้ป่วย					

ส่วนที่ 5 แบบวัดความทุกข์ทรมาน

คำชี้แจง : โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ที่อธิบายได้ตรงกับตัวท่านมากที่สุดในระยะ 2-3

สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ มากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ ปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านทุกข์ทรมานจากอาการนั้น ๆ น้อยที่สุด

ข้อความ	ความรู้สึกทุกข์ทรมาน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. นอนไม่หลับ					
2. ปวดศีรษะ					
3. อ่อนเพลีย					
4. วิดกกังวล					
5. เศร้า					
6.					
7.					
15. ตกใจง่าย					
16. สมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

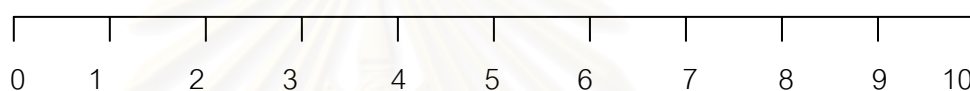
คำชี้แจง : แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึกระหว่าง 0-10 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย **x** ลงบนเส้นตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ ไม่ว่าท่านจะกากบาทลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งที่ถูกหรือผิด เพราะเป็นความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ

คะแนน 1 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการน้อย

คะแนน 10 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด

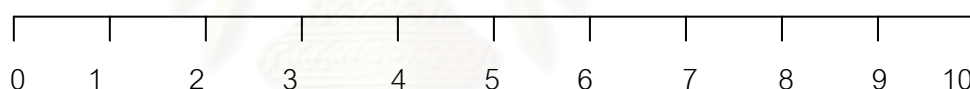
ตัวอย่าง



ไม่มีอาการ

มากที่สุด

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย คือเชื่อว่าตนเองมีการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกาย



ไม่มีอาการ

มากที่สุด

2. ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกวิตกกังวล เกี่ยวกับปัจจุบันหรืออนาคตของตนเอง



ไม่มีอาการ

มากที่สุด

3.

17. ผู้ป่วยจิตเภท มีความคิดสับสน มีปัญหาในการคิดอย่างต่อเนื่อง



ไม่มีอาการ

มากที่สุด

18. ผู้ป่วยจิตเภท สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล



ไม่มีอาการ

มากที่สุด

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออกระหว่างท่านและผู้ป่วยในความดูแลของท่านขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและขอความกรุณาตอบทุกข้อ เกณฑ์ในการตอบคำถามมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
Critical comments				
1. ฉันไม่ชอบพฤติกรรมหลายๆอย่างของเขา				
2. ฉันรู้สึกอายกับพฤติกรรมของเขา				
3. ฉันรู้สึกทุกข์ใจกับพฤติกรรมของเขา				
4.....				
5.....				
26. ฉันรู้สึกดีเมื่อเห็นเขามีความสุข				
27. ฉันต้องระวังคำพูด				
28. เขาเป็นคนที่ไม่มีพิษภัยกับใคร				
29. โดยทั่วไปเขาเป็นคนนิสัยดี				
30. ไม่ว่าจะทำอะไรเขาก็พยายามทำอย่างเต็มที่				
31. เขาก็มีข้อดีหลายอย่าง				
32. ทุกวันนี้เขาก็ทำให้ฉันพอใจ				
33. เมื่อได้รับคำแนะนำเขาจะพยายามทำตาม				

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. **ชื่อโครงการ** บัณฑิตทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน
2. **ผู้วิจัย** นางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. **สถานที่ปฏิบัติงาน** กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-273231 ต่อ 2053 และ 2054
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-2917759
E-mail: k_poomchai@yahoo.com

4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาถึง บัณฑิตทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน และ เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ร่วมกันทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

4.3 ผู้วิจัยคาดว่ากรวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใด ๆ กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.4 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 30-45 นาที เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วยการทำงาน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแล ความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และระยะเวลาการเผชิญหน้า จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์ขึ้นกับความพร้อมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแสดงความเหนื่อยล้าจะให้หยุดพักหาเครื่องดื่มให้ดื่มและสัมภาษณ์ใหม่เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความพร้อม

4.5 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร ที่หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-2917759

4.6 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

4.7 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสียจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

4.8 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธไม่เข้าร่วมมือหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่จะได้รับแต่ประการใด

4.9 ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแต่ประการใด

4.10 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปกปิด การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

4.11 ระยะเวลาที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับ การวิจัย คือ เวลาที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสัมภาษณ์จนข้อมูลมีความสมบูรณ์

4.12 จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 160 ราย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัย
(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลจากผู้วิจัยชื่อ นางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร ที่อยู่ 23/151 หมู่ที่ 2 ตำบล บางกุ้ง อำเภอ เมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน” เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาและบริการใด ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้าได้รับอยู่ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ข้างต้น

.....
สถานที่/เวลา

(.....)

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/เวลา

(.....)

(นางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/เวลา

(.....)

ลงนามพยาน



ภาคผนวก ค
การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
ผ1	33.2667	16.6161	.3865	.4773	.7256
ผ2	33.7333	17.5816	.1609	.4696	.7514
ผ3	33.6667	17.3333	.3319	.5313	.7324
ผ4	33.9000	17.1276	.3453	.2632	.7307
ผ5	33.2667	19.2368	-.1126	.3723	.7687
ผ6	34.0333	15.2747	.4444	.4629	.7173
ผ7	34.3333	15.7471	.4292	.4698	.7194
ผ8	33.7333	15.3747	.6397	.6389	.6964
ผ9	34.0000	15.0345	.5725	.4915	.6997
ผ10	33.4667	15.7057	.3848	.5743	.7261
ผ11	33.5667	15.3575	.5007	.6859	.7095
ผ12	33.8333	15.5920	.3988	.3763	.7241

Alpha = .7434

Standardized item alpha = .7315

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected		
	Mean	Variance	Item-	Squared	Alpha
	if Item	if Item	Total	Multiple	if Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation	Deleted
ส1.1	66.3333	43.4713	.2098	.6345	.7803
ส1.2	66.5667	41.7023	.5778	.5440	.7649
ส1.3	67.3000	44.0103	.0682	.6658	.7928
ส1.4	67.7667	46.3920	-.1352	.7628	.8122
ส2.5	66.2667	42.2023	.3385	.5924	.7734
ส2.6	66.4333	37.4264	.7346	.7833	.7440
ส2.7	66.3000	39.1828	.5853	.7771	.7563
ส2.8	66.2333	39.0816	.7048	.8227	.7514
ส2.9	66.1667	38.5575	.7307	.8410	.7485
ส2.10	66.0000	39.9310	.5621	.6176	.7593
ส2.11	66.6000	39.8345	.4894	.8150	.7626
ส2.12	67.0000	38.5517	.5944	.8055	.7542
ส2.13	66.5000	40.5345	.4466	.7505	.7660
ส3.14	67.9667	42.0333	.1357	.7593	.7970
ส3.15	67.6000	41.2138	.2198	.6855	.7867
ส4.16	66.4000	43.5586	.3333	.7554	.7758
ส4.17	66.6667	44.5747	.0965	.6792	.7850
ส4.18	66.0000	41.8621	.4160	.8368	.7696
ส4.19	66.5000	42.0517	.2472	.7617	.7800

Reliability Coefficients 19 items

Alpha = .7818 Standardized item alpha = .8157

แบบวัดความทุกข์ทรมาน

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
ท1	34.5667	68.8747	.6557	.6561	.8468
ท2	34.6000	72.6621	.6296	.8064	.8498
ท3	34.9333	78.8920	.2222	.4664	.8670
ท4	35.6000	73.0759	.5255	.8271	.8541
ท5	35.9000	74.1621	.5395	.7397	.8538
ท6	35.5667	73.6333	.5760	.7737	.8522
ท7	35.0000	66.6897	.7519	.7644	.8408
ท8	36.1667	80.6954	.2221	.5748	.8650
ท9	35.2000	76.5793	.2628	.4632	.8683
ท10	35.0333	70.8609	.5979	.7865	.8502
ท11	34.1333	66.3954	.6956	.8250	.8441
ท12	35.0333	73.2747	.5398	.7062	.8535
ท13	34.8333	77.2471	.3828	.4844	.8603
ท14	34.9667	74.0333	.3906	.7731	.8616
ท15	35.8333	77.9368	.3866	.6023	.8602
ท16	35.6333	75.9644	.4725	.6269	.8569
Reliability Coefficients 16 items					
Alpha = .8635 Standardized item alpha = .8598					

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected		
	Mean	Variance	Item-	Squared	Alpha
	if Item	if Item	Total	Multiple	if Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation	Deleted
ร1	45.8276	504.7906	.2247	.7512	.8935
ร2	43.7586	488.1897	.3737	.8555	.8895
ร3	45.2069	440.3842	.6541	.9404	.8798
ร4	44.7586	442.6897	.5961	.9454	.8828
ร5	45.4138	454.8227	.6269	.8693	.8807
ร6	44.6897	455.0074	.5475	.9013	.8844
ร7	46.6552	513.5911	.2110	.6226	.8922
ร8	46.5172	496.0443	.4506	.8755	.8871
ร9	45.2759	455.2069	.6742	.9370	.8790
ร10	46.7241	467.2069	.6790	.9848	.8799
ร11	46.6552	495.0197	.3960	.9475	.8883
ร12	46.9655	498.4631	.4573	.8728	.8872
ร13	45.4138	437.0369	.6644	.9308	.8794
ร14	46.6897	460.7217	.7811	.9818	.8769
ร15	46.6897	495.2217	.3908	.8718	.8884
ร16	45.2414	442.6897	.7703	.9244	.8751
ร17	46.5862	473.8941	.5883	.8939	.8826
ร18	47.4828	516.1872	.5061	.8548	.8899

Reliability Coefficients 18 items

Alpha = .8902 Standardized item alpha = .8920

แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-Total Statistics

	Scale				Cronbach's
	Scale Mean	Variance if	Corrected	Squared	Alpha if
	if Item	Item	Item-Total	Multiple	Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation	Deleted
Í1	34.2000	60.510	.610	.	.849
Í2	34.3333	64.920	.359	.	.860
Í3	33.8000	63.131	.544	.	.852
Í4	34.7000	65.321	.335	.	.860
Í5	35.1667	68.557	.138	.	.866
Í6	35.4000	70.524	-.019	.	.866
Í7	34.9333	63.789	.538	.	.853
Í8	35.0000	62.000	.545	.	.852
Í9	35.2333	67.082	.361	.	.859
Í10	34.8667	61.637	.655	.	.848
Í11	34.5000	63.224	.487	.	.854
Í12	35.4333	69.495	.186	.	.863
Í13	35.3667	66.171	.553	.	.855
Í14	35.1333	63.016	.659	.	.849
Í15	34.7667	62.668	.525	.	.853
Í16	34.8333	66.213	.249	.	.864
Í17	33.9667	60.792	.581	.	.850
Í18	34.2000	62.786	.410	.	.859
Í19	33.9667	59.344	.607	.	.849
Í20	34.3333	61.195	.586	.	.850

Reliability Coefficients 20 items

Alpha = .862 Standardized item alpha = .852

แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

Item-Total Statistics

	Scale				Cronbach's
	Scale Mean	Variance if	Corrected	Squared	Alpha if
	if Item	Item	Item-Total	Multiple	Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation	Deleted
Í21	44.1333	29.499	.218	.522	.905
Í22	44.1333	28.809	.462	.730	.893
Í23	43.7667	30.185	.272	.443	.899
Í24	44.0333	26.516	.653	.784	.886
Í25	44.2333	26.875	.621	.721	.887
Í26	44.0333	26.654	.632	.812	.887
Í27	44.3333	25.333	.723	.836	.882
Í28	44.0667	27.582	.608	.704	.888
Í29	44.4333	27.289	.591	.704	.888
Í30	44.2000	28.028	.548	.780	.890
Í31	44.3333	26.713	.689	.763	.884
Í32	44.1667	26.971	.731	.746	.883
Í33	44.3000	26.631	.763	.819	.881
Í34	44.2000	26.993	.656	.803	.886

Reliability Coefficients 14 items

Alpha = .896 Standardized item alpha = .895

สงวนลิขสิทธิ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร เกิดวันที่ 5 ธันวาคม 2515 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2538 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548

ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย