

ปัจจัยทำนaylorแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

นางสาวทัตชญา สมประดิษฐ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

PREDICTING FACTORS EXPRESSED EMOTION OF FAMILY CAREGIVERS IN
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Ms. Touch-chaya Sompradit

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 2013
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวทัศนญา สมประดิษฐ์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวทัศนญา สมประดิษฐ์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวทัศนญา สมประดิษฐ์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวทัศนญา สมประดิษฐ์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. รัชนิกร เกิดโชค)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ทัศนศึกษา สมประดิษฐ์: ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (PREDICTING FACTORS EXPRESSED EMOTION OF FAMILY CAREGIVERS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.ดร.รัชนิกร เกิดโชค, 181 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจาก ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 180 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 10 ส่วน คือ แบบวัดความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาวะการดูแลเชิงปรณัย ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก เครื่องมือทุกชนิดผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรง = .89 ทดสอบค่าความเที่ยงทุกฉบับโดยมีค่า Chronbach's alpha มีค่าเท่ากับ .88, .85, .87, .93, .92, .86, .91, .82, .87 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกซึ่งอยู่ในระดับเหมาะสมเท่ากัน

2. ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้ร้อยละ 36.2 ($R^2 = .36.2$)

3. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้ร้อยละ 29.1 ($R^2 = .291$)

สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ}} = .322Z_{\text{ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย}} - .257Z_{\text{การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา}} + .171Z_{\text{ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล}} + .143Z_{\text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล}}$$

$$Z_{\text{การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก}} = -.446Z_{\text{ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท}} + .148Z_{\text{ความรุนแรงของอาการทางจิต}}$$

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์.....

5377803036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORDS : EXPRESSED EMOTION/ FAMILY CAREGIVERS/ SCHIZOPHRENIA

TOUCH-CHAYA SOMPRADIT: PREDICTING FACTORS EXPRESSED EMOTION OF FAMILY CAREGIVERS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS ADVISOR : RATCHANEKORN KERTCHOK, Ph.D., APN.181 pp.

The purposes of this descriptive research were: 1) to study expressed emotion of family caregivers in schizophrenic patients and 2) to determine the predictors of expressed emotion of family caregivers in schizophrenic patients; perceived severity of illness and social functioning of patients, depressive status of caregivers, burden of care, problem focused coping strategies, ability to care for schizophrenic patient, suffering from caring. Research subjects which were 180 family caregivers of schizophrenic patients receiving mental health treatments in outpatient department from hospitals in department of Mental Health. Research instruments divided into 10 parts; severity of illness of patient, social functioning scale of patient, Beck depression inventory, objective burden scale, subjective burden scale, problem focused coping strategies, patient care ability, sense of suffering, negative expressed emotion and positive expressed motion of family caregivers. All instruments were validity by 5 experts (validity= .89) and reliability with Chronbach’s alpha were 0.88, 0.85, 0.87, 0.93, 0.92, 0.86, 0.91, 0.82, 0.87 and 0.85 respectively. Data were analyzed using mean, SD, and stepwise multiple regression. Major findings were as follow :

1.Expressed emotion of family caregivers in schizophrenic patients include 2 kinds; negative expressed emotion and positive expressed emotion were at the appropriate level.

2. Predictive factors with significantly at .05 levels to negative expressed emotion of family caregivers in schizophrenic patients were perceived subjective burden, problem focus coping strategies, sense of suffering and caregiver’s depression. These predictors were accounted for 36.2 percent (R²= .362).

3. Predictive factors with significantly at .05 levels to positive expressed emotion of family caregiver in schizophrenic patients were patient care ability and perceived severity of illness. These predictors were accounted for 29.1 percent (R²= .291)

The Predictive Standardized Score function was:

$$\begin{aligned}
 Z_{\text{negative expressed emotion}} &= .322Z_{\text{Subjective burden}} - .257Z_{\text{Problem focused coping strategies}} \\
 &\quad + .171Z_{\text{sense of suffering}} + .143Z_{\text{beck depression inventory}} \\
 Z_{\text{positive expressed emotion}} &= -.446Z_{\text{Patient care ability}} + .148Z_{\text{Perceived severity of illness}}
 \end{aligned}$$

Field of the Study : ..Mental Health and Psychiatric Nursing..... Student’s Signature

Academic Year :2013..... Advisor’s Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค ที่เป็นผู้คอยแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ และให้กำลังใจ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาคู่มือต่าง ๆ ให้ผู้วิจัยตั้งใจทำงานวิจัยอย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ในความใส่ใจดูแลของอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่เมตตาให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยมากที่สุด และให้กำลังใจ พร้อมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อต้องการข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ทั้ง 4 แห่ง ที่การให้ต้อนรับเป็นอย่างดีและอบอุ่นตลอดการเก็บข้อมูล และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยถึงแม้ตนเองอาจมีความทุกข์ ความเครียด ท้อแท้ และมีความสุขที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งเพื่อนผู้วิจัยทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือ ปรารถนา ส่งเสริม ในทุกสถานการณ์

ท้ายที่สุดนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ โรคจิตเภท.....	17
แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว....	27
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว.....	33
การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	37
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	80
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	85
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	86
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	86
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	93
การหาความตรงของเครื่องมือ.....	99
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ.....	102

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	103
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	105
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	106
5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	115
สรุปผลการวิจัย.....	116
อภิปรายผลการวิจัย.....	119
ข้อเสนอแนะ.....	125
รายการอ้างอิง.....	128
ภาคผนวก.....	142
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	144
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	145
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน.....	157
ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์เครื่องมือ.....	166
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	175

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	88
2	จำนวนและค่าร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และ ลักษณะอาชีพ.....	89
3	จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน.....	91
4	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	103
5	ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล.....	107
6	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และค่าความถี่ร้อยละ ของระดับคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก.....	108
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลของผู้ดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....	109
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หุคูณ(R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย(R ²) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R ² change) ในการทำนายการ แสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน.....	110

9	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....	110
10	วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ.....	112
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ(R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์(R ²) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น (R ² change)ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน.....	113
12	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการพยากรณ์แสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก.....	114

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีผลทำให้มีความรุนแรงและเรื้อรัง องค์การอนามัยโลกจัดให้โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในสามของโลกที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพมากที่สุด (Srisurapanont, 2009) ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกมีประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) โดยมีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 - 1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : 1,000 คนต่อปี (Kaplan and Sandock, 2007) สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 24.59 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2551) จากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2551 - 2553 โรคจิตเภทนับว่าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันทั่วประเทศที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต คิดเป็นอัตรา 612.43, 578.15, 564.89 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2553) และยังพบว่าเมื่ออัตราผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2553-2555 มีจำนวนถึง 54,446, 57,230, 57,892 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น

โรคจิตเภทมีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (World Health Organization: WHO, 1992) ซึ่งอาการของผู้ป่วยจิตเภทสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการทางบวก เช่น ประสาทหลอน อาการหลงผิด และส่วนใหญ่อารมณ์ระยะหลังเป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พุดน้อย เงือขงา แยกตัวเป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนนิษฐ์, 2548) ซึ่งผู้ป่วยมักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อย (กรมสุขภาพจิต, 2549) โดยพบถึงร้อยละ 50-70 ภายใน 1 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) หากปล่อยให้อาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะยิ่งทำให้มีอาการหลงเหลือและมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ (Ziedonis et al., 2007) ตลอดจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพกับครอบครัว การเรียน การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม (World Health Organization, 2001)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับบทบาททีมสุขภาพในการบริการจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545) โดยมีการให้ความสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาเป็นครอบครัวและชุมชนแทน โดยให้ใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลให้สั้นลง (พวงเพ็ญ เกียมปัญญาธิ และคณะ, 2542) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตดูแลจะถูกจำหน่ายสู่ชุมชน (สมคิด ศรีราที, 2545) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับไปอยู่กับครอบครัวถึงร้อยละ 85 (Addington, McCleery, and Addington, 2005) ขณะที่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยก็จะไม่มีการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน พยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพมีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น (สุวิมล สมัตตะ, 2541) และในบางรายพบปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ ยืมหัวเราะ พูดคนเดียว หวาดระแวงซึมเศร้า เดินเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่ยอมนอน เอะอะอาละวาด บางครั้งแสดงอาการโกรธเกลียดรุนแรงทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นทำลายข้าวของและทรัพย์สิน (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา ลิ้มสุริยะ, 2547) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อบุคคลากรด้านสุขภาพจิต (WuCC, 1993; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานยา การเฝ้าสังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย การพาไปพบแพทย์ และการดูแลในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ, 2545) ผู้ดูแลต้องให้ความใส่ใจดูแลเกือบทั้งหมดและตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2545) ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ทุกข์ เศร้าโศก และวิตกกังวล (Kuipers and Raune, 2000) ทางด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ด้านสังคม ได้แก่ ผู้ดูแลลดการเข้าสังคม แยกตัว และรู้สึกว่าป็นตราบับ (เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญและอมฤทัย ศรีจันทร์หาล้า, 2544) ด้านเศรษฐกิจพบว่าส่งผลให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก (กรมสุขภาพจิต, 2553)

จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างก่อนให้เกิดภาวะตึงเครียดของครอบครัว ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันสูงภายในครอบครัว (Addington et al., 2005) ซึ่งการแสดงอารมณ์สูงอาจเกิดจาก ผู้ดูแลมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเภทเคยได้รับการดูแลในโรงพยาบาลก็น่าจะควบคุมอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ดูแลเข้าใจผิดว่าโรคจิตเภทเกิดจากปัญหาภายในตัวผู้ป่วยเอง เมื่อพฤติกรรมผู้ป่วยไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จึง

เป็นสาเหตุที่ทำให้รู้สึกโกรธ ขาดความอดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย จึงแสดงออกด้วยการใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม และไม่ยืดหยุ่นต่อผู้ป่วย (McDonagh, 2005) โดยการแสดงออกด้วยการพูดกับผู้ป่วยเสียงดัง เพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย (Hooley, 2007) ซึ่งเป็นความบกพร่องของผู้ดูแลด้านการตอบสนองทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะมากกว่าปกติ ทั้งทางภาษาพูด หรือ ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อทางอารมณ์ หรือทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย ที่เรียกว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงหรือด้านลบ (ขนิษฐา สุขทอง, 2554) ยังพบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงถึงร้อยละ 44 โดยมีการวิพากษ์วิจารณ์ร้อยละ 33 แสดงความไม่เป็นมิตรร้อยละ 30 และมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปร้อยละ 22 (Raune et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศปาเกีสถาน ที่พบว่ามีการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 75 (Aisha ikram et al., 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลายการศึกษาที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Bebbington and Kuipers, 1994; Butzlaff and Hooley, 1998; RMK Ng, J Mui, HK Cheung, SP Leung and SuZnne, 2000; King and Dixon, 1999; เพชรี คันธสายบัว, 2544) และยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ใกล้ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบหรือการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำสูง (Hogary et al., 1986) หากปล่อยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับผลกระทบดังกล่าว และไม่ได้รับการแก้ไขประคับประคองแล้วประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลง (Kaker, 1989)

การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ภาษาพูด ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความรักและการแสดงความรักที่มากเกินไป ซึ่งสามารถสรุปลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ได้เป็น 2 ด้าน คือ มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ แสดงความเป็นมิตรกับผู้ป่วย รู้สึกเสียใจกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ วิพากษ์วิจารณ์เมื่อรู้สึกทุกข์ใจกับพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย มีท่าทางไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วย และมีการแสดงความรักที่มากเกินไปโดยผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไม่คลาดสายตา ผู้ดูแลระมัดระวังคำพูดและความรู้สึกของผู้ป่วย (Kuipers and Raune, 2000; เพชรี คันธสายบัว, 2544; ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ส่งผลทำให้มีการพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ลดปัจจัยความเครียดและลดการกลับเป็นซ้ำ (Kuipers and Raune, 2000; เพชรี คันธสายบัว, 2544) ดังนั้นหากปล่อยให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเสียความสมดุลทางด้านอารมณ์ โดยเฉพาะมีการ

แสดงออกทางอารมณ์สูง (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดในระดับมากได้ (Sunpaveerawong, 2002) สาเหตุอาจเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ขาดความรู้ และมีความคาดหวังจากการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ทุเลา จึงทำให้เกิดรู้สึกโกรธและโทษตัวเอง และเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ผลที่ตามมาผู้ป่วยจิตเภทจะมีความทนต่อความเครียดได้ต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการกลับเป็นซ้ำได้ (Wahl and Harman, 1989; Schene , Wijngaarden and Koeter, 1998; Butzlaff , Hooley and DPhil, 1998)

จากสภาพปัญหาของครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยผู้ให้การดูแลนั้นต้องเข้าใจ ยอมรับ และเห็นคุณค่าของผู้รับบริการในฐานะมนุษย์ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ซึ่งปัจจุบันในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในหลายรูปแบบ เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ขนิษฐา สุขทอง, 2554) การทำกลุ่มประคับประคองร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และทำโครงการต่าง ๆ นั้น (Falloon et al., 1982; Cozolino et al., 1988 Lenior et al., 2002 Stengard, 2003) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังพบว่ามีอาการกลับเป็นซ้ำ นั้นย่อมสะท้อนให้เห็นว่ายังมีปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถบ่งบอกการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่ยังไม่ได้รับการจัดกระทำ ซึ่งบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การช่วยเหลือครอบครัวในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน (รัชนิกร เกิดโชค, 2553) ดังนั้นการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ เพราะหากพยาบาลจิตเวชหรือผู้บำบัดไม่เข้าใจถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับตัวแปรดังกล่าวอย่างครอบคลุม ผลที่ตามมาจะทำให้พยาบาลจิตเวชหรือผู้บำบัดนั้นไม่สามารถกำหนดแนวทางแก้ไขหรือส่งเสริมผู้ดูแลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ในต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีสัมพันธ์ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก (Karanci and Inandilar, 2002) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคและทักษะในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Moore et al., 1992; Bebbington and kuiper, 1994) บุคลิกเฉพาะตัวของผู้ดูแล (Schreiber et al., 1995) ภาระการดูแล ระยะเวลาในการเผชิญหน้าระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล (Sczufca and Kuiper, 1996, 1998) การไม่มีอาชีพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง พฤติกรรมที่น่ารำคาญของผู้ป่วย (Bentsen et al., 1998) ความร่วมมือ

ในการรับประทานยา ความทุกข์ทรมาน (Shimodera et al., 2000) อาการของโรค อายุของผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคม (Humbrecht et al., 2002) การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (King et al., 2003) การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Miura et al. 2004) และการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างเป็นทางการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Inoue, Tanka and Mino, 1997) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Bachman, 2002) และยังพบว่า การละอายใจ ความรู้สึกผิด และโทษตนเอง หรืออีกนัยหนึ่งคือเป็นภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้ (Wasserman, Mamani and Suro, 2012)

ส่วนการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา พบการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.1 (ดวงตา อุตมพถกษพร, 2533) ส่วนภาคอีสาน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 68.8 ผลการศึกษายังพบว่าการไม่มีงานทำของผู้ป่วย และอายุของญาติมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ (กรติ ไชยสิน, 2545) ส่วนภาคใต้ มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและด้านลบเหมาะสม และปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย ตัวแปรที่ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลได้ คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งพบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทด้านลบได้ร้อยละ 29.8 และพบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทด้านบวกได้ร้อยละ 11.6 (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) แสดงให้เห็นได้ว่ายังมีตัวแปรอื่น ๆ อีกที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ได้ จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมาทั้งจำนวน 3 เรื่อง โดยผู้วิจัยคัดเลือกตัวปัจจัยที่สามารถนำมาจัดกระทำให้แก่ผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่ายังไม่ได้รับศึกษาเพิ่มเติมการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาวะการดูแลเชิงปรณัย และภาวะการดูแลเชิงอัตนัย

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Cozolino et al., 1988) ฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในครอบครัว (Falloon et al., 1982, 1985) ในผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง การให้กลุ่มครอบครัวบำบัด เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ (Lenior et

al., 2002) และมีการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลและความทุกข์ทรมานสูงจากการดูแลผู้ป่วย (Stengard, 2003) อย่างไรก็ตามการให้สุขภาพจิตศึกษา สามารถเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลได้ แต่พบการศึกษาของ การศึกษาของ Gonzalez et al. (2010) พบว่า ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครบถ้วน ไม่สามารถเปลี่ยนการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกัน แสดงให้เห็นว่าน่าจะมีปัจจัยบางประการที่บ่งบอกการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลอย่างแท้จริง จึงเป็นที่น่าสนใจว่าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลนั้นมีปัจจัยตัวใดเพิ่มขึ้นมาอีกบ้าง เพื่อนำไปจัดกระทำต่อปัจจัยที่มา มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงกึ่งทดลองในประเทศไทยของ ขนิษฐา สุขทอง (2554) ที่ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วนแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองที่จัดกระทำกับภาวะการดูแลและลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งจากการทบทวนยังมีปัจจัยด้านอื่น ๆ อีก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ปัจจัยที่สามารถมาทำนายการแสดงออกทางอารมณ์และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรและบอกขนาดของปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวระดับประเทศได้ชัดเจน ซึ่งการทราบข้อมูลถึงขนาดของปัญหา สามารถนำไปวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำให้เหมาะสม ในฐานะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงต้องพัฒนาการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะปัจจุบันที่ระบบสุขภาพของประเทศมุ่งให้บริการเชิงรุก การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า โดยเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพจากการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมที่มีคุณค่า ต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพที่ดีทั้งประเทศ (เพ็ญพัทธ์ อูทิศ, 2553) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททั้งประเทศที่ยังคงเป็นปัญหาชุมชน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายที่คาดว่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท และการแสดงออกทางอารมณ์ในแต่ละด้านเป็นอย่างไร และในประเทศไทยมีปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกตัวแปร จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 36 เรื่อง ซึ่งเป็นตัวแปรที่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะการดูแลเชิง

ปรนัย การดูแลเชิงอัตนัย ภาวะซึมเศร้า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล ซึ่งตัวแปรต่าง ๆ ที่ถูกคัดเลือกในการศึกษาครั้งนี้ มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Moore and Kuipers, 1992; Oliver and Kuipers, 1996) Synder et al., 1994; King et al., 2003) และชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ยังพบว่า ผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง (Hall and Docherty, 2000) และการแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลต่อการกลับเป็นซ้ำ (Sczufca and Kuipers, 1998; 1999) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Bachman, 2002) และยังพบว่า ละอายใจ การรู้สึกผิด และโทษตนเองสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้ (Wasserman, Mamani and Suro, 2012) และการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างเป็นทางการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท (Inoue, Tanka and Mino, 1997) ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์สูง และสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ได้ (Shimodera et al., 2000) ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ดูแลจะแสดงออกทางอารมณ์สูงช่วงที่ดูแลผู้ป่วย (Barrowcough and Parle, 1997)

จะเห็นได้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาเรื้อรัง ซับซ้อน และมีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว โดยการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยที่ส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก และศึกษาปัจจัยที่ลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และพบว่าหากผู้บำบัดไม่เข้าใจถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับตัวแปรดังกล่าวจะทำให้ผู้บำบัดนั้นไม่สามารถกำหนดแนวทางแก้ไขหรือส่งเสริมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายที่คาดว่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาว่ามีการแสดงอารมณ์ในแต่ละด้านเป็นอย่างไร และในประเทศไทยมีปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว และศึกษาว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์เป็นอย่างไร โดยภาพรวม นอกจากจะ ได้ทราบเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลแล้วยังจะได้ทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ การรับรู้ความรุนแรง

ของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาวะการดูแลเชิง
 ปรณัย ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแล
 ผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญเพื่อ
 ใช้ในการวางแผนการพยาบาล และให้กิจกรรมทางการพยาบาลกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทใน
 ครอบครัว อันนำไปสู่การป้องกันการป่วยซ้ำ ส่งเสริมให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของ
 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตในชุมชนอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก
 ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว
 ผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การ
 ทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาวะการดูแลเชิงปรณัย
 ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิต
 เภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
 เภท และศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยใช้แนวคิด
 ของ Brown et al. (1972) ในการอธิบายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล และใช้การทบทวน
 วรรณกรรมในการคัดเลือกตัวแปรที่จะมาทำนายและจัดกลุ่มปัจจัยที่คัดเลือกได้ ออกเป็น ปัจจัยด้าน
 ผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ปัจจัยด้าน
 ผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาวะการดูแลเชิงปรณัย ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญ
 ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล
 และการแสดงออกทางอารมณ์ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหา
 พฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อยของผู้ป่วย ได้แก่ ยิ้มหัวเราะ พูดคนเดียว หวาดระแวงซึมเศร้า แยกตัว
 เดินเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่ยอมนอน เอะอะอาละวาด บางครั้งแสดงอาการ โกรธเกลียดรุนแรงทำร้าย
 ตนเอง ทำร้ายผู้อื่นทำลายข้าวของและทรัพย์สิน (วาสนา ปานดอก, 2545 ; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)
 อาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของ
 ผู้ดูแลนั้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย (Moore and Kuipers, 1992;
 Oliver and Kuipers, 1996; Synder et al, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์

เสถียร (2549) พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน สามารถทำนายปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวก ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Alan et al., 2007) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอาการทุเลาแล้ว แต่อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ยังคงมีผลต่อการดำเนินชีวิตและทำการศึกษาปัจจัยทำนายการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมทางสังคม การแยกตัวจากสังคม และการปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคม (Lysaker et al., 2004) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม พบว่า สถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัย และสถานการณ์ต่าง ๆ จะถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงานและ เพื่อนบ้านในการเข้าร่วมกิจกรรม การถูกตัดโอกาสในการทำงาน (Angell and Test, 2002) และพบว่าหากผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงถึงผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ผู้ดูแลจึงไม่วิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตร และไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเกินไป (ภรดี ไชยสิน ,2545) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างเป็นอิสระของผู้ป่วยจิตเภท (Inoue, Tanka and Mino, 1997) ดังนั้นการทำหน้าที่ทางสังคมน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล จากการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นำไปสู่การเกิดปัญหาต่อผู้ดูแลในด้านสุขภาพโดยเฉพาะ ภาวะ สุขภาพด้านจิตใจ เช่น เกิดความรู้สึกโกรธ มีอารมณ์เศร้า วิตกกังวล รวมทั้งมีความรู้สึกผิดและโทษตนเอง (Sadock and Saock, 1999) ให้รู้สึกหมดกำลังใจ หมดความหวัง หมดหนทางช่วยเหลือ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Lubkin and Payne, 2001, Parker, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kane (1984) อ้างถึงใน ยอดสร้อย วิเวการรณ (2543) ที่พบว่า ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ คือผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ต่อสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ในขณะเดียวกัน ความละอายใจ การรู้สึกซึมเศร้า และรู้สึกผิดไปด้วย และการศึกษาของ Wasserman, Mamani and Suro (2012) พบว่า ความละอายใจ ความรู้สึกผิด และโทษตนเอง สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ และจากการศึกษาของ Raune et al. (2004) พบว่า การปรับการแสดงออกทางอารมณ์ ทำได้โดยการลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า

ดังนั้นภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล จึงน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ภาวะการดูแล การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา นั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และด้านสังคมได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถูกทำร้ายร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (ทูลภา บุปผาสังข์, 2544) ด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนลดลง ต้องหยุดงาน หรือลาออกจากงาน เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) และนำไปสู่การเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล (Montgomery et al., 1985; นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว (Sczafica and Lioler, 1996; 1998) สอดคล้องกับการศึกษา Raune et al., (2004) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีผลทำให้ภาระทางอัตนัยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ดังนั้นภาระการดูแลจึงน่าจะสามารถทำนายปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดได้ และความเครียดนั้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเสียความสมดุลทางด้านอารมณ์ โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ โดยเฉพาะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) จากการศึกษาของ Solomon and Drain, 1995 พบว่า ระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพยายามแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall and Docherty (2000) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาค่าจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท แต่มีความสัมพันธ์ทางลบ ดังนั้นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจึงน่าจะสามารถทำนายปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ขาดความรู้ และมีความคาดหวังจากการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ทุเลา จึงทำให้เกิดรู้สึกโกรธและโทษตัวเอง และเกิดการแสดงอารมณ์ด้านลบ ด้วยผู้ป่วยจิตเภทจะมีความทนต่อความเครียดได้ต่ำ ส่งผลให้กลับเป็นซ้ำตามมาได้ (Wahl and Harman, 1989; Schene, Wijngaarden and Koeter, 1998; Butzlaff, Hooley and DPhil, 1998) และผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารที่ถูกต้อง

ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก คือไม่ติเตียน ไม่ดูค่า ไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก (ทูล ภา นุพผาสังข์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคิได้ ตอนบน สามารถทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และมีความสัมพันธ์ทางลบ ดังนั้นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจึง น่าจะทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล เป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตลอด 24 ชั่วโมง (Baker, 1989) จากการศึกษาของ Tennakoon et al., (2000) พบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า อาการป่วยที่ทำให้ครอบครัวเป็นทุกข์ทรมานนั้น มาจากอาการทางลบและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน เกิดความขุ่นเคือง การทำอะไรไม่คิด ไม่มีจุดหมาย มีลักษณะที่คลุมเครือ แสดงการต่อต้าน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อแรงกดดัน แสดงอารมณ์รุนแรง คำว่า วิพากษ์วิจารณ์ สอดคล้องกับ Shimodera et al., (2000) พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานกับการแสดงออกทางอารมณ์ และพบว่า ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Tennakoon et al., 2000) ดังนั้นความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลจึงน่าจะสามารถทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

จากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงปรณัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล น่าจะสามารถทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงปรณัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ในทุกภาคของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2. ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ตัวแปรด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และ ตัวแปรด้านผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงประนัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

ตัวแปรตาม คือ 1.การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

2.การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง ลักษณะการแสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียงสีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท 2 ลักษณะ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึง การแสดงในรูปแบบของน้ำเสียงสีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยจิตเภทในด้านความรู้สึกทางจิตใจ ร่างกาย สังคม ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึงการใช้คำพูด และ/หรือการใช้น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

2. การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การตำหนิติเตียน และการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง คำนิวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าคำนิวิจารณ์ที่การกระทำ

3. ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotional Overinvolvement) หมายถึง การมีความห่วงใยในผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือแสดงความเสียสละ การกระทำแทนผู้ป่วย โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไปไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก หมายถึง การแสดงในรูปแบบของน้ำเสียงสีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่สังคมยอมรับได้ประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ

1. การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงความห่วงใยความเข้าใจ เข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

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

ในการวิจัยนี้ใช้แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaveerawong (2002) ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972)

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มี อายุ 20-59 ปี ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ที่สังเกตเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตไปจากที่ตนเองเคยรู้สึก ที่ครอบคลุมความรุนแรง เวลาหรือความถี่ รูปแบบของการเกิดอาการ และผลที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งวัดได้จากแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต โดยใช้แบบวัดความรุนแรงของอาการทางจิตของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งดัดแปลงจากการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) ตามแนวคิดของ Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระหรือจัดการกับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ อยุ่เหมาะสมเพื่อสนองตอบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ได้แก่ การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม, การสื่อสารระหว่างบุคคล, การมีกิจกรรมทางสังคม, กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ, ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง, ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง, การจ้างงาน/อาชีพถ้าทำงาน จากแบบประเมินการ

ทำหน้าที่ทางสังคม Social Functioning Scale (SFS) ของชัชชฎา คมจำ (2555) ตามแนวคิดของ Birchwood et al. (1990) และผู้วิจัยนำมาปรับใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล หมายถึง อาการที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัวขณะให้การดูแลผู้ป่วย โดยแสดงออกถึงความผิดปกติของผู้ดูแล ด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกแง่ร้าย ไม่พึงพอใจ ความรู้สึกผิด รู้สึกเหมือนถูกลงโทษ ละอายใจ การตำหนิตนเอง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้องไห้ หงุดหงิดง่าย แยกตัวจากสังคม หมกหมุ่นอยู่กับการเจ็บป่วย และกระทบด้านอาการทางกาย ได้แก่ ไม่สนใจตนเอง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ซึ่งสามารถประเมินได้ จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Beck (1967) (Beck Depression Inventory [BDI]) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) ต่อมาชวนชม วงศ์ไชย (2546) นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท 10 คน และ ปาณิสรา เกษมสุข (2551) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 40 คน ในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินของปาณิสรา เกษมสุข (2551)

ภาระการดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือนร้อน ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท

ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ รู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย

ในงานวิจัยนี้ ใช้แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการแสดงทั้งด้านการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความเครียดที่ผู้วิจัยวัดได้โดยใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ของชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร

(2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ตามแนวคิดของ Jalowich (1983)

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกรกระทำในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์ การดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และความแข็งแรงทางด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล 4 ด้าน คือ ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแล ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความแข็งแรงทางด้านร่างกาย และด้านความเอาใจใส่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท สามารถวัดได้โดยแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยสามารถวัดได้โดยแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ตามแนวคิดของ Denyes and Filday (1986)

ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นการคุมคามจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน วิตกกังวล อึดอัด สามารถวัดได้โดยแบบประเมินความทุกข์ทรมานของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับขนาดของปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อใช้ในการวางแผนทางการพยาบาลนำไปส่งเสริมให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน และจัดให้บริการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยเพิ่มการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก และลดปัจจัยที่ส่งเสริมการแสดงออกทางด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ การศึกษาของ Brown et al. ในปี 1962 ได้ทำการศึกษาการป่วยซ้ำ เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวพบว่า ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงที่ส่งผลทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ โดยศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์หลายครั้ง โดยผลการวิจัยพบว่า ภายใน 9 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นเริ่มมีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์จำนวนมาก ผู้วิจัยได้ทบทวนจำนวน 20 เรื่อง ตั้งแต่ปี 1968 – 2000 ที่พบว่ามีการศึกษาถึงการแสดงออกทางอารมณ์ข้ามวัฒนธรรม มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน (Wg et al., 1987; Bertrado et al., 1992) การแสดงออกทางอารมณ์เป็นที่ยอมรับ นำมาใช้ในการศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างกว้างขวางมีวัตถุประสงค์ให้ครอบครัวพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์หลัง ปี 2000-2013 จำนวน 16 เรื่อง จะพบการศึกษาที่นำแนวคิดนี้มาใช้บนพื้นฐานของการให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อตอบสนองต่ออาการพฤติกรรมของผู้ป่วยมากกว่าการตำหนิครอบครัวว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้วิจัยได้เลือกค้นคว้าจากข้อมูลจากและนำเสนอแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ วารสาร บทความ และงานวิจัยที่ศึกษาโดยตรงจากผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผลกระทบต่อแสดงทางอารมณ์ โดยมีการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท
 - 1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.1 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 ความหมายและแนวคิดสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver)
 - 2.3 ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.4 หน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการช่วยเหลือครอบครัว
4. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์
 - 4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 4.4 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

สมภพ เรืองตระกูล (2553) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีอาการที่เป็นโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทพบว่าเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ต่อความเป็นจริง ด้านอารมณ์ และพฤติกรรม

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และการสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบซึ่งไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางรายมีประสาทหลอน เช่น มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

มาโนช หล่อตระกูล (2555) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักพบว่าไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบซ้ำ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง

Fox and Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มี

การศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

Sandock and Sandock (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดว่ามีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ (Cognitive disorders) พบว่าโรคจิตเภทเป็นสาเหตุของเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ความรู้สึก พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10

ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก เป็นการจำแนกกลุ่มอาการ โดยมีเหตุผลของการจำแนกไว้เพื่อความสะดวกในทางปฏิบัติ และง่ายในการวินิจฉัย (สวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งกลุ่มอาการความแปรปรวนจิตเภท ได้แก่ อาการผิดปกติด้านความคิด อาการหลงผิด ประสาทหลอน การพูดไม่สอดคล้อง พฤติกรรมคงรูปแบบเดิม อาการด้านอารมณ์ที่เรียกว่า อาการด้าน Negative และพฤติกรรมทั่วไปเปลี่ยนไปจากเดิม รายละเอียดกลุ่มอาการมีดังต่อไปนี้

1. อาการผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ การมีความคิดสะท้อน (Thought echo) มีผู้นำความคิดมาใส่ให้ หรือมีผู้ถอนความคิดไป (Thought insertion or withdrawal) ความคิดของตนถูกเผยแพร่กระจายออกไป (Thought broadcasting)

2. อาการหลงผิด (Delusions) มีอาการหลงผิดอย่างใดอย่างหนึ่ง หลงผิดคิดว่าตัวเองถูกควบคุม มีสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือตนควบคุมการเคลื่อนไหวหรือไม่ให้เคลื่อนไหว หลงผิดคิดว่ามีผู้ควบคุมความคิดของตน การกระทำของตน การรับรู้ของตน

3. อาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งเกิดจากการรับรู้ความผิดปกติ แสดงให้เห็นด้วยพฤติกรรมแปลกๆ จากการสนองตอบการรับรู้ผิดๆ นั้น

4. มีความหลงผิดอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง ความคิดหลงผิดนั้นไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา เช่น หลงผิดคิดว่าสามารถควบคุมอากาศให้มีความร้อนเย็นได้

5. มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่อง และมีอาการหลงผิดร่วมด้วย เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน

6. มีการพูดที่ไม่สอดคล้องกัน หรือพูดไม่ตรงประเด็น (Incoherence or irrelevant speech) หรือทำให้เกิดการสร้างภาษาใหม่ขึ้น (neologism)

7. มีพฤติกรรมคงรูปแบบเดิม (Catatonic Behaviour) เช่น พฤติกรรมตื่นเต้น พฤติกรรมคงรูปแบบเดิม คือเมื่อจับให้ผู้ป่วยอยู่ท่าใดก็จะคงอยู่ในท่านั้นคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) พฤติกรรมต่อต้าน (negativism) การรู้สึกตัวน้อย (stupor)

8. อากา (Negative) คือ ภาวะไร้อารมณ์ ไม่สนใจสิ่งใด ๆ อารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ราบเรียบ แยกตัวจากสังคม พฤติกรรมด้านสังคมเสื่อมลง ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ ต้องแยกออกจากภาวะซึมเศร้า

9. พฤติกรรมโดยทั่วไปหรือพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนแปลงไป แสดงให้เห็นได้ คือ ไม่มีความสนใจในสิ่งใดๆ (loss of interest) ไม่มีจุดมุ่งหมาย (aimlessness) เกียจคร้าน (idleness)

ในการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องมีอาการในข้อ 1.2.1 ถึง 1.2.4 ที่มีอาการชัดเจนหนึ่งอาการ หรือถ้าอาการไม่ชัดเจน ต้องมีอย่างน้อยสองอาการหรือมากกว่าสองอาการขึ้นไป และมีอาการในกลุ่ม 1.2.5 ถึง 1.2.8 ตลอดเวลาอย่างน้อยสองอาการในระยะเวลาหนึ่งเดือน หากมีอาการที่เข้าเกณฑ์แต่ระยะเวลาสั้นกว่าหนึ่งเดือน ก็ให้วินิจฉัยว่า Schizophrenie-like psychotic disorder

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง มีลักษณะอาการทางบวก และอาการทางลบ พบได้ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวพบว่าอาการดังกล่าวส่งผลทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดจากการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ยังมีอาการหลงเหลือ นำไปสู่การมีอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลนับว่าเป็นปัจจัย/สาเหตุที่สำคัญส่งผลทำให้ผู้ป่วยนั้นมีอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าโรค จิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยพัฒนาเป็นรูปแบบอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท โดยเชื่อว่า Vulnerability Stress Model of Schizophrenia (Zubin and Sping, 1977) เชื่อว่า โรคจิตเภทเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวภาพและสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลเกิดภาวะเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทซึ่งความเสี่ยงขึ้นอยู่กับความอ่อนแอของแต่ละบุคคล ในปัจจุบันพบปัจจัยที่ได้รับการตั้งสมมติฐานว่า น่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท มีดังนี้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factor Model)

1.2.1.1 พันธุกรรม การศึกษาทางด้านพันธุกรรมสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ผลการศึกษาโรคจิตเภทใน ฝาแฝดคนในครอบครัว บุตรบุญธรรม ระบุว่า ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราเสี่ยงโรคสูงกว่าประชาชนทั่วไป พบว่า อัตราเสี่ยงในกลุ่มฝาแฝดเหมือน (จากไข่ใบเดียวกัน) ร้อยละ 47 ในกลุ่มฝาแฝดไม่เหมือน (จากไข่คนละใบ) มีร้อยละ 14 บุตรที่มาจากพ่อแม่เป็นโรคจิตเภทมีอัตราเสี่ยงร้อยละ 12 บุคคลที่มีพี่น้องร่วมท้องเป็นโรคจิตเภท มีอัตราเสี่ยง ร้อยละ 8 ในขณะที่ความเสี่ยงในประชาชนทั่วไปมีร้อยละ 1 (Africa and Schwartz, 1995) อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่พบว่า ในฝาแฝดเหมือน 100 คู่ มีเพียง 47 คู่ที่อีกคนจะป่วยตามไปได้ แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทไม่ได้มีสาเหตุจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแต่เพียงประการเดียว แต่มีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย

1.2.1.2 ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางด้านชีวภาพ มีนักวิจัยกลุ่มหนึ่งได้รวบรวมประวัติชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อศึกษาอิทธิพลทางสภาพแวดล้อมต่อการเกิดโรคจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำทางพันธุกรรม ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยสภาพแวดล้อมบางประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ ความบกพร่องในการพัฒนาสมองในเด็กขณะอยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ๆ เช่น การติดเชื้อไวรัสในช่วงฤดูหนาว การกระทบกระเทือนของสมองในระหว่างคลอด ซึ่งอาจเกิดการกระทบหรือการขาดออกซิเจน หรือได้รับพิษจากยา อย่างไรก็ตามเมื่อมีการทำการศึกษาซ้ำ ผลการวิจัยไม่สนับสนุนข้อค้นพบดังกล่าว (McNeil et al., 1994; O'Callaghan et al., 1991 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.2.1.3 ความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมอง ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้มีการค้นพบความสัมพันธ์ของความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองกับโรคจิตเภท ดังนี้

1) สมมติฐานโดปามีน (Dopamine) ความเชื่อว่า โดปามีนมีปริมาณมากกว่าปกติ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท ได้มาจากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาแอมเฟตามีนอย่างไม่ถูกต้องบางรายมีอาการเหมือนกับโรคจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยใช้ยาแอมเฟตามีนจะทำให้มีอาการเลวลง ยาแอมเฟตามีนเป็นยาที่มีการกระตุ้นให้มีการหลั่งโดปามีนเพิ่มขึ้น และเมื่อรักษาด้วยยาโรคจิต เช่น Haloperidol ออกฤทธิ์โดยไปปิดกั้นโดปามีนรีเซพเตอร์ (Dopamine receptors) ในสมอง และพบว่า เพียงประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเฉียบพลัน คือ มีอาการทางบวก เช่น หลงผิดหรือประสาทหลอน แต่ยานี้ไม่ค่อยได้ผลในการบำบัดอาการทางลบ เช่น ไร้อารมณ์ ความคิดด้อยค่า ไม่สนใจตนเอง ต่อมามีการศึกษาวิจัย พบว่า โรคจิตเภทเกิดจากการที่ระบบโดปามีนทำงานน้อยกว่าปกติในสมองส่วน prefrontal ของ cerebral cortex ทำให้เกิดอาการ

ทางลบ และนำไปสู่การเพิ่มเซลล์ประสาทเล็กๆ ใน limbic system หรือที่เรียกว่า mesolimbic neurons ซึ่งมีหลักฐานว่าทำให้เกิดอาการด้านบวกของโรค (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

2) สมมติฐานซีโรโทนิน (Serotonin) สมมติฐานนี้ได้มาจากการสังเกตพบว่า Lysergic Acid Diethylamide (LSD) ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน และ LSD เป็น 5-HT agonist จากการศึกษายาโรคจิตที่ออกมาใหม่ ที่เป็น serotonin/dopamine antagonist (SDA) โดยออกฤทธิ์ด้วยการปิดกั้นโดปามีน และ 5-HT receptor ซีโรโทนินมีบทบาทในการยับยั้ง dopamine neurotransmission มีผลให้การหลั่งของโดปามีนลดน้อยลง

3) สมมติฐาน Glutamate สมมติฐานนี้ได้มาจากการสังเกตว่ายา Phencyclidine (PCD) เป็นสารเสพติดที่ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน และทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ โดยพบว่า เซลล์ที่สร้าง glutamatergic มีการทำงานผิดปกติ อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานชัดเจนจนสรุปว่า ความผิดปกติของสารชีวเคมีดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิดโรคจิตเภท ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง การศึกษาสมองของผู้ป่วยทั้งด้วยการถ่ายภาพรังสีก่อนและหลังเสียชีวิต พบความผิดปกติทางโครงสร้างของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ พบว่าสมองส่วน Limbic system ได้แก่ amygdala, hippocampus, parahippocampal gyrus มีขนาดเล็กกว่าปกติ และมีบางรายงานพบว่า เซลล์ประสาทใน hippocampus ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบบางรายงานพบว่า lateral และ third ventricle ในสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีขนาดกว้างขึ้น และ cortical volume มีขนาดเล็กลง อย่างไรก็ตามลักษณะดังกล่าวยังพบในโรคจิตเวชอื่นๆเช่นกัน ความผิดปกติของสมองดังกล่าวจึงอาจเป็นเพียงปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคจิตเภทเท่านั้น

1.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว (Family Factors Model)

1.2.2.1 การสื่อสารที่ผิดปกติในครอบครัว (Communication Deviance) มีกลุ่มนักวิจัยที่ให้ความสำคัญต่อปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยมีความเชื่อว่าการสื่อสารในครอบครัวที่มีลักษณะแปรปรวน คือ การสื่อสารที่มีลักษณะปิดกั้นการสื่อสารไม่ต่อเนื่อง และการสื่อสารที่ไม่เป็นเหตุผล มีผลกระทบต่อพัฒนาการทางคำพูดและความคิดของเด็ก ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางความคิดเมื่อโตขึ้น ซึ่งความผิดปกติทางความคิดเป็นลักษณะสำคัญประการหนึ่งของโรคจิตเภท อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษารูปแบบการสื่อสารดังกล่าวได้ผลขัดแย้งกัน และเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (Docherty, 1993, 1995; Nugter et al., 1997 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) จึงไม่มีหลักฐานเพียงพอในการสนับสนุนสมมติฐานแนวความคิดนี้

1.2.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion: high EE) จากการศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในประเทศตะวันตกพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำโดยพบว่า

ผู้ป่วยมีอัตราการป่วยซ้ำสูงในกลุ่มที่มาจากครอบครัวที่มีลักษณะการแสดงอารมณ์ที่รุนแรง คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) อย่างไรก็ตาม สมมติฐานนี้ได้รับการโต้แย้งค่อนข้างมาก เพราะเป็นการแสดงทัศนคติที่ไม่ดี คำนิยามครอบครัวของผู้ป่วย และการศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ทำให้เกิดข้อโต้แย้งว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงของญาติ อาจเป็นการตอบสนองต่อพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก็ได้ อีกทั้งงานวิจัยนี้ไม่สามารถใช้ข้อสรุปที่สอดคล้องกัน เมื่อมีการศึกษาข้ามวัฒนธรรม พบว่าจำนวนครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศอินเดียและประเทศจีน มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงน้อยกว่าจำนวนครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมาก อย่างไรก็ตามแนวคิดของการแสดงออกทางอารมณ์สูงเป็นที่ยอมรับและนำมาใช้ในการให้การศึกษแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างกว้างขวางโดยมีวัตถุประสงค์ให้ครอบครัวพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยการนำแนวคิดนี้มาใช้บนพื้นฐานของการให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อตอบสนองต่ออาการพฤติกรรมของผู้ป่วยมากกว่าการตำหนิครอบครัวว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคม

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักพบว่า อยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มผู้อพยพสภาพยากจน อยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด ก่อให้เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากความบีบคั้นทางสังคม ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า ปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงมากกว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ในขณะที่เดียวกันก็มีข้อโต้แย้งว่า ความยากจนอาจเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ความสามารถทางสังคมบกพร่อง ทำให้ต้องดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยากจน (Eaton, 1985; Shur, 1988 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.2.4 Stress-Diathesis Model

แนวคิด Stress-Diathesis Model นี้เชื่อว่า โรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยบางประการที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียดทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาโดยจุดอ่อนหรือปัจจัยกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน (Warner, 1992 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำเมื่อมีสถานการณ์ความเครียด หรือปัญหาเข้ามาในชีวิตโดยที่ความรุนแรงของความเครียดนั้นมีสูงเกินกว่าที่ความคงทนของบุคคล (threshold) จะรับไว้ได้ แนวคิดนี้เป็นการผสมผสานความเชื่อต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภททางด้านชีว-จิต-สังคม เข้าด้วยกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในปัจจุบันมักใช้กรอบแนวคิดนี้เป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรม

1.3 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ จะพบว่าอาการด้านบวกมักพบในระยะแรกที่มีอาการกำเริบ จะแสดงออกในด้านความผิดปกติของคววมคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม อาการที่พบบ่อย คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนอาการด้านลบมักพบในระยะหลังของโรค เช่น อาการแยกตัวไม่สนใจตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม สามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำไปสู่ช่วงที่มีอาการ โรคจิตระยะเฉียบพลัน และช่วงระยะหลงเหลืออาการ อาการบวกแสดงออกในด้านความผิดปกติดังต่อไปนี้ มีความคิดหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง การพูดติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด (พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552)

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นกลุ่มอาการทางลบ เช่น การลดลงของพลังงาน แรงจูงใจ และลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ อาการเหล่านี้จะพบได้บ่อย เป็นอาการซึ่งคงอยู่นาน อาจเกิดในช่วงระยะอาการนำของโรคจิตเภท โดยมีอาการนี้ก่อนมีการเกิดโรคจิต (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไป ควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด เนื้อหาที่พูดน้อย แสดงออกมาโดยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องแต่งกาย เก็บตัวเฉยๆ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

การดำเนินของโรค ลักษณะการเนิ่นโรคของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระยะ (American Psychiatric Association, 19947) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่ง เก็บตัว ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน

2. ระยะแสดงอาการชัดเจน (Active phase) อาการคล้ายระยะเริ่มมีอาการหรืออาจเสื่อมลงมากกว่าแต่อาการไม่รุนแรงเท่าระยะแสดงอาการชัดเจน มักมีการป่วยซ้ำระหว่าง 5 ปีแรก หลังได้รับการวินิจฉัย เมื่อเกิดความกดดันทางจิตใจ อาการเปลี่ยนที่พบ ได้แก่ การอนหลังผิดปกติ แยกตัว ถ่วงวล

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายระยะเริ่มมีอาการ หรืออาจเสื่อมลงมากกว่าแต่อาการไม่รุนแรงเท่าระยะแสดงอาการชัดเจน มักมีการป่วยซ้ำระหว่าง 5 ปีแรก หลังการวินิจฉัยโรค เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงที่พบก่อนการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับ ผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่า เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลา และถูกจำหน่ายไปอยู่กับครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลมีการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยและการรับรู้ถึงภาระการดูแล ทำให้ผู้ดูแลอาจมีการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็น 2 ลักษณะ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย การแสดงความไม่เป็นมิตร และเข้าไปยุ่งกับชีวิตของผู้ป่วยมากเกินไปเพราะว่าเป็นห่วง และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ การชื่นชมผู้ป่วย และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร และจากการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง จะส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Bebbington and Kuipers, 1994; Butzlaff and Hooley, 1998; เพชร คันธสาขบัว, 2544) ก่อให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่ สัมพันธภาพทางสังคม ส่งผลทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549)

1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน การรักษาจึงควรใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และแต่ละวิธีจะมีส่วนช่วยรักษาและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกที่ต่างกัน (เสวิกุล จำสนอง, 2546) การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรคได้ 3 ระยะ(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1.4.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษา กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ได้แก่

1.4.1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักฐานการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยา รักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-

3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อ แข็งเกร็ง ลำคอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยา กับผู้ป่วย

1.4.1.2 การรักษาทางจิตสังคม การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การใช้ยา อย่างเดียวจะไม่ได้ผลดีนัก จึงใช้ยา ร่วมกับการรักษาทางจิตใจและสังคม ได้แก่

1) จิตบำบัดประกอบประกอบทั้งรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม การทำจิตบำบัดมีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมดีขึ้น รวมทั้งแก้ไขสาเหตุปัญหา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

2) พฤติกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยผู้รักษาจะให้แรงจูงใจ และเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (วิวัฒน์ ขณานันทน์และคณะ, 2536)

3) ครอบครัวบำบัดการทำมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed หรือ high EE) ของสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งจะลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย (วิวัฒน์ ขณานันทน์ และ คณะ, 2536) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากขาดความคิดริเริ่มไม่สนใจสนใจสนใจกิจกรรมใด ๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวตามลำพัง ดังนั้นจึงเป็นภาระของครอบครัวอย่างมากและมักก่อให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลเกิดความเครียดและเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลรักษา ดังนั้นในการทำครอบครัวบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพื่อช่วยให้ครอบครัวคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

1.4.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทกำเริบควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.4.2.1 การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุดแต่ต่างกันที่จิตบำบัดและกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

1.4.2.2 การบำบัดทางพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเองไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับ

พฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรงการฝึกการแสดงออกการจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบและการเรียนรู้จากตัวแบบ

1.4.2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มี ลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้อุบัติการณ์ของโรคที่ติดต่อกัน โดยผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์สอนวิธีการลดความเครียด

1.4.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับ ยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (Maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (Rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (Long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ แล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท พบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) ซึ่งผู้ดูแลต้องให้ความใส่ใจการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมด ตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2545) ส่งผลให้เกิดภาวะตึงเครียดของครอบครัว ทำให้มีการใช้การแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันสูง (Addington et al., 2005) และผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำสูง (Hogarty et al., 1986) ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์เกิดจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ขาดความรู้ และมีความคาดหวังจากการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ทุเลา จึงทำให้เกิดรู้สึกโกรธและโทษตัวเอง และเกิดการแสดงอารมณ์ด้านลบ ด้วยผู้ป่วยจิตเภทจะมีความทนต่อความเครียดได้ต่ำ ส่งผลให้กลับเป็นซ้ำ (Wahl and Harman, 1989; Schene, Wijngaarden and Koeter, 1998; Butzlaff, Hooley and DPhil, 1998)

2.ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน ครอบครัวจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อจากบุคลากรทางแพทย์

2.1 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมและอาศัยอยู่ร่วมกัน (The United States Bureau of the Census, 1988)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพากันทางสังคมเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือสายโลหิต (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537)

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

ปัจจุบันสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งด้านโครงสร้างของครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไทย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว โดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยลง ลักษณะครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นแบบครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น
2. การเปลี่ยนแปลงในระบบความสัมพันธ์ทางระบบเศรษฐกิจ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาสู่ครอบครัว ทำให้ความใกล้ชิดลดน้อยลง
3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสำคัญของครอบครัวน้อยลง คิดว่าครอบครัวไม่ใช่สิ่งสำคัญ โดยไม่ต้องมีครอบครัว อยู่คนเดียวหรือเป็นโสดมากขึ้น และคู่สมรสมีการหย่าร้างกันมากขึ้น

ดังนั้นเมื่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการดำเนินชีวิตประจำวัน และพาผู้ป่วยไปรับการรักษา ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหา ถ้าครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ครอบครัวก็จะสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทยังอาจก่อให้เกิดความไม่สมดุลของครอบครัวในวันข้างหน้าได้ ครอบครัวอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความรู้สึกยังมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย ๆ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล มี

การแสดงออกทางอารมณ์ หรือ วิชาทฤษฎีวิจารณ์ ไม่เอาใจใส่ละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย (Greenberg et al. 1990)

2.2 ความหมายและแนวคิดสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver)

ผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัวที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1995) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา โดยมีส่วนส่งเสริมความอยู่รอด และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแล ได้แก่ ภรรยา สามี หรือญาติ

Horowitz (1985 cited in Horowitz and Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ ดังนี้

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้น การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ

ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วย หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้อง กับผู้ที่เป็นโรคจิตเวช โดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องบุตรหลาน หรือ ญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิต ประจำวัน โดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล

จินตนา จักรปิง (2552) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยผู้ที่ให้การดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่คิดค่าตอบแทนหรือรางวัลใด ๆ ทั้งสิ้น

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งด้านดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การเลือกผู้ดูแลให้เป็นผู้ดูแลครอบครัวต้องพิจารณา ปัจจัย ด้านความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลตามความต้องการ และการดูแลที่ครอบคลุมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สรุปได้ว่าความหมายของผู้ดูแลในงานวิจัยนี้ได้ ผู้ดูแล คือ ผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการดูแลเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และให้การดูแลมากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2.3 ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด มีผลถึงการรับรู้และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ผู้ป่วยจะไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม แสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) อีกทั้งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน บางรายถึงตลอดชีวิต การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ดังต่อไปนี้

2.3.1. ด้านร่างกาย (Physical domain) ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรังบางครั้งมีอาการหรือแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล 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)

2.3.2. ด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological domain) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจหลาย ๆ ด้าน ในการทำหน้าที่ รู้สึกเครียด กังวล และอดทนต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติ ประกอบกับการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความเครียด สับสน วิตกกังวล นอนไม่หลับ ซึมเศร้ารุนแรง (ชะอุทธิ์ พงษ์อนุตรี, 2531; วรกษนิธิกุล, 2535; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543)

2.3.3. ด้านความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยในทุกด้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการระงับอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วยและบุคคลอื่น นับเป็นภาระของผู้ดูแล โดยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้ มักพบว่าความเป็นอิสระของบุคคลบกพร่องไป ไม่มี

เวลาในการกิจวัตรส่วนตัวได้ตามต้องการ เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543)

2.3.4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระในการดูแลด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ทั้งกิจวัตรประจำวัน และด้านพฤติกรรม ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมดังที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปทำบุญหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน ทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (ชะอุทธิ์ พงษ์อนุตรี, 2531; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรม (ปัทมา ทวีเสรีพิไล, 2535; วรช นธิกุล, 2535)

2.3.5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) การมีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ในส่วนของความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นมิตร ก้าวร้าว รุนแรง ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อบุคคลและทรัพย์สิน และต้องระมัดระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

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

ผลกระทบดังกล่าวจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ส่งผลต่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหา และคิดว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมไปตามความคาดหวัง จึงรู้สึกว่าการขาดความอดทนกับปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม และไม่ยืดหยุ่นต่อผู้ป่วย (McDonagh, 2005) ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้วยการพูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงดัง เพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย (Hooley, 2007) ซึ่งเป็นเหตุให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อกัน

2.4 หน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุด เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยสมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลเป็นเวลานาน และมีอัตราการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ ครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย ต้องทำหน้าที่และรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะดำเนินชีวิตในชุมชน ดังนี้ (Horowitz, 1982 cited in Davis, 1992)

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน ในการดูแลมีหลักการที่สำคัญ คือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่

1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในการดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการอาบน้ำ สระผม แปรงฟัน และการรักษาความสะอาดของเล็บ

1.2 การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยในการทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีค่าตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบหมายให้ทำ หรือ ในรายที่ผู้ป่วยแยกตัวเองซึมเศร้า ถ้าได้ทำงานก็จะช่วยให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ไม่รวมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลอาจต้องจัดยาให้รับประทาน

1.4 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่และตรงเวลา ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยในเรื่องระบบขับถ่าย

1.5 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ในผู้ป่วยหญิงบางราย อาจมีการแต่งกายไม่เหมาะสม ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำให้เหมาะสมฤดูกาลเทศะ

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ เช่น เสียง แสง ในรายที่นอนไม่หลับเป็นเวลา หลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

1.7 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเป็นการให้ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้าน ทำให้ร่างกายแข็งแรง และลดปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นซึ่งเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาจิตเวช

1.8 การฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความบกพร่องในการเข้าสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต เช่น ทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติตนและ

มารยาทบางอย่างในสังคม ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ

1.9 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชนได้

1.10 การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจผู้ดูแลต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการทำบุญตักบาตร และประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา

1.11 ทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ให้คำชมเพื่อเป็นการเสริมแรงเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในและเกิดความมั่นใจในตนเอง

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

2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นสำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลต้องลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย

2.3 การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดและเกิดการป่วยซ้ำตามมา

2.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายสำหรับความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่ให้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การเผชิญปัญหา การเข้าร่วมกับสังคมและชุมชน รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่

เกิดกับผู้ป่วย และการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การดูแลดังกล่าวซึ่งเป็นปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามสภาพ

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการช่วยเหลือครอบครัว

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภททั่วไป

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลและช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลผู้ใช้บริการครอบครัว และชุมชน โดยที่คำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม ซึ่งเรียกว่า การพยาบาลองค์รวม

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คือการการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

2. คำนึงถึงครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชน ควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายแล้ว จะต้องให้ความใส่ใจตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการและช่วยเหลือความต้องการด้านของครอบครัวร่วมด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน

3. การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว และชุมชนทั้งนภาวะเจ็บป่วย คือการช่วยให้การเจ็บป่วยหาย (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษา หรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือคงรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมเหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่

เปลี่ยนแปลงซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

1. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติกรพยาบาล

2. พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติกรพยาบาลเบื้องต้น การพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ต่อผู้รับบริการเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติเต็มความสามารถ จนเกิดผลลัพธ์ที่พึงพอใจต่อผู้รับบริการ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (conscience)

3. พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้รับบริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบายและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาตนเองเพื่อ ดำรงซึ่งสติ สมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ การช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Theraeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกลงตนเองในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติกรพยาบาลให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

การปฏิบัติกรพยาบาลอย่างเต็มขั้นตอน เป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย อย่างเป็นขั้นตอนดังนี้

1. วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรองวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการและองค์ความรู้ทางการพยาบาล

2. กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์

3. กำหนดวิธีปฏิบัติกรพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติกรพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริหารการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้ตั้งไว้

4. ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ตามมา

5. ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน หมายถึง การจัดการดูแลสุขภาพของบุคคลในชุมชนทั้งในภาวะการเจ็บป่วยและภาวะที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งบุคคลทั่วไป โดยใช้หลักการพยาบาลในระดับพื้นฐานและระดับความเชี่ยวชาญ ตามแนวคิดแบบผสมผสาน ของแนวคิดทางประสาทชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรมวิทยา สำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้ำประกันถึงผลลัพธ์ของการดูแลร่วมกับการประเมินคุณภาพทางการพยาบาลโดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางจิตให้ได้รับและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ในระดับสูงสุด ตามศักยภาพของบุคคลนั้น และสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน (Fortinash and Holoday worret, 2004) รวมทั้งคำนึงถึงการพยาบาลในระดับการป้องกัน ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิซึ่งมีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ เคารพซึ่งกันและกันเป็นตัวของตัวเอง มีความยืดหยุ่น ประสานงานระหว่างฝ่ายเวชกรรมและระบบยุติธรรม (Beese and Tumbull, 1997) และการมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ (Anthony and Crawford, 2000)

หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

หลักการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (Principles of Community-Based Mental Health Care) WHO (2001) กล่าวว่า การดูแลที่ดีในชุมชนอาจเริ่มตั้งแต่การดำเนินตามหลักการเบื้องต้นบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลด้านสุขภาพจิต อาทิ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาตั้งแต่ในระยะแรก การใช้เทคนิครักษาแบบต่างๆ ที่มีเหตุผลรองรับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้บริการที่ครอบคลุม การให้ผู้บริการเข้ามามีส่วนร่วม การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลร่วมกับครอบครัว การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และ การผสมผสานการดูแลเข้าสู่บริการระดับปฐมภูมิ แต่ละวิธี ดังนี้

1. การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา (Diagnosis and Intervention) การวินิจฉัยที่ถูกต้องมีความจำเป็นมากต่อการวางแผนการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากการรักษาแต่ละอย่างจะมีความเฉพาะกับการเจ็บป่วยในแต่ละโรค การบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ในระยะแรก เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตที่รุนแรงขึ้น รวมทั้งช่วยในการควบคุมอาการ และ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการ

ดูแลตามมา อีกทั้งทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีด้วย (McGorry, 2000 ; Thara et al., 1994) การรักษาความคิดปกติทางจิตที่เหมาะสมจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยยาอย่างสมเหตุสมผล ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ให้เกิดความสมดุลและในลักษณะผสมผสานให้สอดคล้องไปด้วยกัน เช่น การบำบัดทางจิตและการบำบัดทางสังคม

2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมมักตามมาด้วยการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางฝายกายถึงแม้ว่าในบางครั้ง จะมีการผิดปกติแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง ในช่วงที่มีอาการกำเริบ รูปแบบการดูแลในปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การจัดคลินิกเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว 3) ให้ทีมบำบัดทีมเดิมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 4) ให้ความรู้รายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) กระจายการบริการสู่ชุมชน (decentralization of services) 6) ผสมผสานบริการดูแลเข้าในระบบบริการปฐมภูมิ

3. การดูแลอย่างกว้างขวางและครอบคลุม (Wide Range of Services) เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวมีความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลาย และ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่กว้างขวางหลากหลายเพื่อให้สามารถให้บริการอย่างครบถ้วนและครอบคลุม (Comprehensive Care) แก่ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ เช่น ได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้มีทักษะในการดำรงชีพและสามารถทำบทบาทในสังคมได้ดังเดิม

4. การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว (Partners with Patients and Families) พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการดึงครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและการจัดการในความผิดปกติต่างๆ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัวจะดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล และผลการศึกษาจากหลายประเทศแสดงให้เห็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่าง การแสดงอารมณ์ “expressed emotion” ของญาติ กับอัตราการกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มขึ้น การปรับเปลี่ยนบรรยากาศทางอารมณ์ในครอบครัวน่าจะนำไปสู่การมีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ลดลงได้ (Dixon et al., 2000)

5. การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม (Involvement of the Local Community) ความเชื่อ ทศนคติ และการตอบสนองของสังคม มีผลต่อบริการดูแลทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นสมาชิกของสังคมเช่นกัน สิ่งแวดล้อมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นั่นคือ หากสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีความเอื้ออำนวย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมในทางตรง

ข้ามหากสิ่งแวดล้อมที่เป็นลบ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปและการรังเกียจทางสังคมเพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนให้ชุมชนระดับท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย องค์การภาคเอกชน (Nongovernmental organizations) นับว่าเป็นทรัพยากรในชุมชนที่สำคัญ ซึ่งจะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางจิต

6. การผสมผสานการดูแลทางจิตเข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ (Integration into Primary Health Care) เนื่องจากความผิดปกติทางจิตจะเป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไปใช้บริการครั้งแรกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Ustun and Sartorius, 1995) บุคลากรในระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี จะมีความสามารถในการให้บริการบำบัดรักษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นและลดอัตราการป่วยซ้ำที่ทำให้ต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาลลง

7. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ในชุมชน การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เพื่อบริหารจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับ การป้องกันในสามระดับ คือ การป้องกันระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Leavell and Clark, 1965)

7.1 การป้องกัน (Prevention) หรือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึงมาตรการที่จะสกัดกั้นสาเหตุที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยนั้น ก่อนที่จะเข้าไป รุกรานบุคคล หรือ เป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพ

7.2 การบำบัดรักษา (Treatment) หรือ การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึงมาตรการที่จะจัดการกับเชื้อโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะผิดปกติที่อาจเกิดหลังจากการเป็น โรค (sequelae) รวมทั้งป้องกัน ไม่ให้เกิดความพิการ และ การเสียชีวิต

7.3 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หรือ การดูแลในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) จะเกี่ยวข้องกับมาตรการที่ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีความพิการทางด้านจิตใจ หรือผู้ที่ ไร้ความสามารถ เพื่อการฟื้นฟูให้มีสภาพที่ใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย หรือ เพื่อให้สามารถใช้ ศักยภาพที่ยังเหลืออยู่ได้มากที่สุด จึงต้องเป็นการจัดกระทำกับทั้งสองระดับ คือ ระดับบุคคล และ การจัดกระทำเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเป็นการทำงานในลักษณะบูรณาการ คณะทำงาน อาศัยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย (Simpson, 2005) นอกจากผู้ป่วยครอบครัว

และสมาชิกชุมชน บุคลากรวิชาชีพ บุคลากรหน่วยต่าง ๆ ของชุมชน ฝ่ายกฎหมาย รวมทั้งองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของมนุษย์ บทบาทพยาบาลสุขภาพจิต หรือพยาบาลจิตเวชชุมชน จึงมีบทบาทวิชาชีพอิสระ อยู่ในขอบเขตของสมรรถนะหลักตามระดับพื้นฐานหรือระดับผู้เชี่ยวชาญ และการปฏิบัติตามมาตรฐานของการพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย

บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (Advanced practice Nurse-APN)

ในชุมชนการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง มีลักษณะที่เน้นด้านการปฏิบัติพยาบาลในบทบาทที่มีอำนาจในตนเองและร่วมมือกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและกลุ่มประชากรที่เฉพาะเจาะจงด้วยโรค หรือภาวะการเจ็บป่วย หรือช่วงวัยต่าง ๆ ซึ่งกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน บทบาทที่มีความชำนาญในการบำบัดทางจิตที่หลากหลายร่วมกับการจัดการรายกรณี และทำให้เกิดผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีคุณภาพและคุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย สภาการพยาบาล (2551) ได้กำหนดสมรรถนะและขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตดังนี้

1. พัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย สร้างและจัดระบบทีมการดูแล ประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลเป็นต้น

2. ดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อนโดยผสมผสานแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งความรู้และทักษะความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชมาปฏิบัติการพยาบาลได้แก่ ประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดทางจิตรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

3. สามารถประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ครอบครัวและแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ที่มีปัญหาทางจิตอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

4. เสริมสร้างพลังอำนาจ สอนให้ความรู้ ฝึกทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติพยาบาลแก่นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลประจำการ

5. เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเฉพาะรายที่ซับซ้อน สร้างทางเลือกเพื่อจัดระบบการดูแล บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและการปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวและช่วยให้เกิดการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม

6. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศสำหรับผู้ป่วยและผู้ที่มีปัญหาทางจิตเฉพาะรายที่ซับซ้อนอย่างคุ่มค่าและมีคุณภาพ พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายปฐมภูมิ

7. ให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยใช้ความรู้จริยธรรมวิชาชีพและหลักจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

8. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการร่วมทำวิจัย รวบรวมผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง พัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล โดยพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเผยแพร่แนวปฏิบัติที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล

9. จัดการและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยกำหนดตัวชี้วัด ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ตามกระบวนการการวิจัยเชิงประเมินผลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน ต้องการพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถเพื่อมาวิเคราะห์ปัญหาทางจิตที่ซับซ้อนในชุมชน โดยมีการการศึกษาออกแบบ การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาในชุมชน ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ของชุมชนในปัจจุบัน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยมีรูปแบบการพยาบาลดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคลซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพสามารถปฏิบัติได้หลายรูปแบบ โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม บทบาทของพยาบาลในการดูแลมีดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินสุขภาพคัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาลก่อนการตัดสินใจทาง

คลินิก จัดระบบบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพในการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อน จนครบกระบวนการ ประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อร่วมกันวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

1.2 ด้านการบริหารจัดการ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยทีมงาน เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และพยาบาลควรเป็นตัวแทนของผู้ป่วย ในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

1.3 ด้านการให้ความรู้โดยทำหน้าที่ในการสอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยครอบครัว เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต การให้ความรู้และแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเพื่อนเป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

1.4 ด้านการเป็นที่ปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสำหรับครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยต้องการ

1.5 ด้านการวิจัยพยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลนำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผล การวิจัยมาแก้ไขเพิ่มเติม

1.6 จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

1.7 บทบาทของผู้บำบัด โดยวิธีทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัด พัฒนาความเข้าใจในครอบครัว ซึ่งอาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

2.การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนให้การยอมรับ และสามารถมีส่วนร่วมร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านควรเน้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังนี้ (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988)

1.ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพ และความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2.ลดอัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลให้มากที่สุด

3.มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมร่วมกับชุมชน

4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถได้รับในโรงพยาบาล

6. ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

8. มีการประสานงานติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล และประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการรักษาโดยแพทย์ การให้ยา การมีกิจกรรมสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การดูแลที่บ้านเป็นการให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยซึ่งในระบบบริการสาธารณสุขเรื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้มีความพยายามมาเป็นเวลานานแล้ว แต่พบว่าไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานชุมชน ดังนั้นองค์ความรู้ในหลักการและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีเข้าใจระบบครอบครัวและพลวัตรครอบครัวจึงสามารถนำครอบครัว ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้

การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาอยู่ที่บ้าน ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และบางภารกิจต้องให้ผู้ดูแลหรือญาติคอยช่วยเหลืออยู่ ดังนั้นบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

1. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งของแพทย์ ไม่ควรเพิ่มหรือมีการหยุดยาเอง

2. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตรงตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่อยังการดูแลตนเองไม่ดีพอ

3. ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดู วุ่นวาย คือ ไม่ยอมกินยา ไม่ยอมมาพบแพทย์ตามนัด ในสถานการณ์อย่างนี้ญาติควรมีการขอความช่วยเหลือ ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลทราบ ญาติจะได้รับคำแนะนำเพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

4.หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เช่น พุดเพื่อเจ็คนคนเดียว เอะอะอาละวาด หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย หัวเราะหรือยิ้มคนเดียว เหงื่อลอย หลงผิด ประสาทหลอน หวาดกลัว ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

5.จัดทากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำโดยเฉพาะในตอนกลางวัน เพื่อให้ผู้เบี่ยงเบนความสนใจไม่ให้ผู้ป่วยคิดมาก ฟุ้งซ่าน และไม่ควรงับผู้ป่วยจนมากเกินไป

สรุปการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ควรให้การดูแลอย่างครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การแก้ปัญหา เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในชุมชน และดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพิทักษ์สิทธิมนุษยชน (WHO, 2001) ในฐานะพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรมีให้บริการที่เป็นลักษณะองค์รวม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และครอบครัวมีส่วนในการในการดูแลและได้รับการช่วยเหลือประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) อย่างไรก็ตาม การอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลต้องเจอกับการแสดงอาการทางบวก และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจ ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ (Moore and Kuipers, 1992; oliver and Kuipers; ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) และการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรปรับเปลี่ยนการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสม ที่นำไปสู่ลดการกลับเป็นซ้ำ

การช่วยเหลือครอบครัว

โดยทั่วไปการช่วยเหลือครอบครัวนั้นมีเป้าหมายที่จะปรับปรุงบรรยากาศและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท(Heila, et al., 1997) ดังนี้

1. สร้างความร่วมมือที่ดีกับญาติผู้ป่วย
2. ลดบรรยากาศที่ไม่น่าอยู่ในครอบครัว
3. ส่งเสริมความสามารถของญาติในการคาดเดาและแก้ปัญหาต่าง ๆ
4. ลดระดับการแสดงอารมณ์โกรธและความรู้สึกผิดของสมาชิกในครอบครัว
5. ส่งเสริมให้ครอบครัวคาดหวังในตัวผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล
6. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างยืดหยุ่น
7. ปรับความเชื่อและพฤติกรรมของญาติให้เอื้อต่อการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย

ซึ่งการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กล่าวถึง โดยการให้ความรู้ด้านต่าง ๆ เพื่อให้ไปสู่เป้าหมายการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมี

ประสิทธิภาพยิ่ง โดยให้ความรู้ในเรื่องของบทบาทของผู้ดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน

บทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วย คือ (สคส คัมภีร์พยอนันต์ และสุริย์ บุญเฉย, 2546)

1. ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง
2. คอยสังเกตอาการกำเริบ
3. ลดความเครียดแก่ผู้ป่วยโดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
4. ลดความตึงเครียดของผู้ดูแลเอง โดยการหาเวลาส่วนตัวหรือพักผ่อนบ้างด้วยการผลัดกันให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเพราะถ้าผู้ดูแลมีความตึงเครียดน้อยส่งผลต่อความเครียดของผู้ป่วยให้ลดลงได้

5. ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วยแม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

6. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมารับการตรวจตามนัด

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องคอยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจะทำหน้าที่ได้ดีต้องมีการเตรียมพร้อมของครอบครัวแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Pelletier, 1991 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัช, 2545)

4. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องให้การดูแลครอบคลุมผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ดังนั้น การศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงได้รับความสนใจ ซึ่งสามารถรวบรวมได้ดังนี้

4.1 ความหมาย มีผู้ให้ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์ไว้ดังนี้

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

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย

1.1 การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) หมายถึง การใช้คำพูดและ/ หรือใช้น้ำเสียงที่แสดงออกถึงความไม่พึงพอใจหรือขุ่นเคือง หรือไม่เห็นชอบ ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.2 การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement) หมายถึง การแสดงความห่วง กังวล ความเสียสละ (Self-sacrificing) การเอาใจใส่จดจ่อ (Devoted Behavior) โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไป เช่น การที่ญาติเข้าไปจัดการในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย เกือบทุกเรื่องจนผู้ป่วยไม่มีความเป็นอิสระที่จะตัดสินใจหรือกระทำการใด ๆ ด้วยตนเอง โดยที่ผู้ป่วย มีศักยภาพที่จะทำได้

1.3 การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การวิพากษ์วิจารณ์เช่นกันแต่เป็นการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในเรื่องอื่น ๆ ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ญาติจะวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย โดยทั่ว ๆ ไปอย่างไม่มีรู้ตัว (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) หมายถึง การแสดงออกถึงความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

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

การศึกษาของ Left and Vaughn (1981) พบว่า ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ จะมีการแสดงออกทางใน 2 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Over Involvement) รวมถึงการแสดงความเป็นมิตร โดยขยายความต่อว่าผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูงหรือลบใน 2 รูปแบบดังกล่าว จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน 4 ลักษณะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ได้แก่

1. การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความพยายามที่จะเข้าไปก้าวก่ายในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยจะถามบ่อยครั้ง และซ้ำ ๆ เพื่อต้องการรู้เรื่องของผู้ป่วยในทุกเรื่อง หรือพยายามบอกเชิงตำหนิ และตรวจตราผู้ป่วยทำในสิ่งที่ตนต้องการ

2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (Highly emotional response to patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้ และมีการแสดงอารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ ที่อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียใจ เช่น การแสดงความโกรธ ความเคียด ขาดความอดทนและตำหนิ เป็นต้น

3.การมีทัศนคติด้านลบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความคิด เคลือบแคลง หรือสงสัย ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึง ต่ำหนิผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะต่างๆ เช่น สงสัยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจริงหรือไม่ หรือตำหนิผู้ป่วยเป็นต้นเหตุแห่งการเจ็บป่วย เป็นต้น

4.มีความอดทนต่ำร่วมกับมีการคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดในการอดทนกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการสูญเสียความสามารถทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการมีความคาดหวังอย่างเกินความเป็นจริงว่า ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับบุคคลทั่วไป

Bulzlaff and Hooley (1998) ให้ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์ ว่าเป็นสภาพแวดล้อมด้านครอบครัว ที่ผู้ดูแลแสดงต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูง จะแสดงอารมณ์ในด้าน การวิพากษ์วิจารณ์ หรือการแสดงความไม่เป็นมิตร หรือการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากกว่าเกินไป

Humbecck et al. (2002) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสำคัญ ต่อผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย

Kim and Miklowitz (2004) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ มีความเกี่ยวเนื่องกับการแสดงความไม่เป็นมิตร การวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป เกิดจากทัศนคติของผู้ดูแลในครอบครัวจิตเภทที่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย

เพชร คันธสายบัว (2544) ให้ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว เป็นการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ประกอบด้วย การแสดงออกทางด้านลบของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยการตำหนิผู้ป่วย ไม่ยอมรับผู้ป่วย การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย และการที่ญาติมีความเป็นห่วงผู้ป่วยมาก

สรุปได้ว่า การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง แสดงออกทางความรู้สึก ในรูปแบบของ น้ำเสียง สีหน้าท่าทาง ของผู้ดูแลที่มีการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความไม่เป็นมิตร และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความชื่นชม จากการศึกษาพบว่า การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไปทั้ง 3 ลักษณะ เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ที่มีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำ (Baker, 1993; Giron and Gomez Beneyto, 1998; King and Dixon, 1999; ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2536, Sadock and Sadock, 2004)

สาเหตุการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบ มีสาเหตุเกิดจาก

1. การที่ผู้ดูแลพยายามที่จะควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท โดยการพูดเสียงดัง หรือใช้ท่าทางในการสื่อสาร และทัศนคติที่ตนมีต่อผู้ป่วย (McDonage, 2005)

2. ลักษณะเดิมของผู้ดูแลหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว (Schreiber, 1995)

2.1 ผู้ดูแลรู้สึกผิดต่อผู้ป่วยจึงอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป พบบ่อยในผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดามากกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยาเป็น

2.2 บุคลิกของผู้ดูแลที่มักจะแสดงลักษณะวิพากษ์วิจารณ์

4.2 องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์

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 การใช้คำพูดและ/ 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 การวิพากษ์วิจารณ์เช่นกันแต่เป็นการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในเรื่องอื่น ๆ ไม่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่กำลังสัมภาษณ์ในขณะนั้น 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 ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

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

การศึกษาวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำ มีเพียง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Baker, 1993; Giron and Gomez Beneyto, 1998; King and Dixon, 1999; ชะฤทธิ พงษ์อนุศิริ, 2536, Sadock and Sadock, 2004)

สรุป การแสดงออกทางอารมณ์มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ตามแนวคิดของ Brown et al.(1972) ซึ่งมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความชื่นชม การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตรการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป มีผลต่อการแสดงอารมณ์ของครอบครัวไม่เหมาะสม ที่เกิดจากความตึงเครียดในครอบครัวได้และมีความสัมพันธ์แบบค่อยเป็นค่อยไปกับภาวะ (Lenior et al., 2000) ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวอย่างหนึ่ง ที่แสดงถึงการเผชิญกับรูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสูง

4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและในต่างประเทศที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหลายปัจจัยได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีสัมพันธ์ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก (Karanci and Inandilar, 2002) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคและทักษะในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเป็นเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Moore et al.,1992; Bebbington and kuiper, 1994) บุคลิกเฉพาะตัวของผู้ดูแล (Schreiber et al., 1995) ภาวะการดูแล ระยะเวลาในการเผชิญหน้าระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล (Sczufca and Kuiper, 1996, 1998) การไม่มีอาชีพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง พฤติกรรมที่น่ารำคาญของผู้ป่วย (Bentsen et al., 1998) ความร่วมมือในการรับประทานยา ความทุกข์ทรมาน (Shimodera et al., 2000) อาการของโรค อายุของผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคม (Humbeek et al., 2002) การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (King et al., 2003) การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Miura et al. 2004) ภาวะซึมเศร้าของ

ผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่คิดด้านลบต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม (Barns et al., 1981; Hybgbayer et al. 2003; Saunders, 2003) ซึ่งการละลายใจ รู้สึกผิด และโทษตนเองสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้ (Wasserman, Mamani and Suro, 2012) จากการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีความสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่สามารถนำมาจัดกระทำได้ในผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาวะการดูแล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

1.ด้านผู้ป่วย

1.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

การรับรู้เกี่ยวกับอาการ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากตนเองเคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้นต้องรู้สึกตัว ใช้สติปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่าง ๆ ในการแปลความหมายของอาการที่เกี่ยวกับความรุนแรง สาเหตุและผลกระทบต่อชีวิต (Dodd et al., 2001)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต หมายถึง อาการของผู้ป่วยจิตเภท ที่สังเกตเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตไปจากที่ผู้ดูแลเคยรู้สึก ที่ครอบคลุมความรุนแรง เวลาหรือความถี่รูปแบบของการเกิดอาการ และผลคุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแลอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยอาการทางด้านลบ (Negative symptoms) และอาการทางด้านบวก (Positive symptoms)

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

อาการทางด้านลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่คนทั่วไปควรมี ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ และขาดความสนใจในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) โดย Kay, Fiszbein and Opler (1987) แบ่งลักษณะของอาการทางลบออกเป็น 7 ลักษณะ คือ

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

2. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) หมายถึง การขาดความสนใจและความผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (poor rapport) หมายถึง การขาดความสามารถในการเข้าอกเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถเปิดเผยตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิดสนใจ หรือมี

ส่วนร่วมกับบุคคลอื่นได้ จะแสดงออกโดยการมีความห่างเหินกับบุคคลอื่น มีการสื่อสารทางวาจา และวิธีอื่น 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) คือมีคำพูดที่ช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ (Apathy) การขาดแรงกระตุ้นภายใน (avolition) หรือ ความบกพร่องของความคิดการแสดงออกที่มีกระแสคำพูดที่ต่อเนื่องน้อยลงและได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7. การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) หมายถึง ความคิดขาดความเป็นอิสระ ไม่เป็นธรรมชาติและขาดความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซาก หรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

อาการทางด้านบวก เป็นอาการที่มีมากกว่าที่บุคคลปกติควรมี ดังต่อไปนี้(สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2542)

1. ความคิดหลงผิด (Delusion) ซึ่งอาการหลงผิดที่พบบ่อยคือ

1.1 Delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนปองร้าย

1.2 Delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดถึงเรื่องราวเกี่ยวกับตน เช่น เห็นคนคุยกันก็คิดว่าเขานินทาว่าร้ายตน อาการหลงผิดพบในโรคจิตเภทมากกว่าโรคจิตชนิดอื่น 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 เสียงคนพูดว่าร้าย หรือพูดเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคน ๆ เดียว หรือคนหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉย ๆ พูดโต้ตอบหรือรู้สึกกลัว ลักษณะ ของเสียงแว่วที่มีความสำคัญเพราะมักพบในโรคจิตเภท คือ

1) เสียงคนสองคน หรือมากกว่าพูดคุยกัน

2) เสียงคนพูดวิจารณ์ความคิด หรือการกระทำของผู้ป่วย โดยลักษณะของเสียงดังกล่าวถือว่าเป็น Schneider's first-rank symptoms ด้วยเช่นกัน

3. ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านความคิดขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ เวลาฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกตินี้เรียกว่า loose associations หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence หรือ word salad

4. ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวาย ตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็กจนถึงพลุ่งพล่ายกระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวในแปลกประหลาด 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 ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งมีลักษณะแปลกประหลาดเป็นเวลานาน

5) Catatonic excitement ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง

ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถควบคุมได้ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องขณะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ดังนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ จะเกิดขึ้นจากความไว้วางใจ การได้รับความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจ ต่อบริการที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี พยาบาลจิตเวชจึงควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้บริการในลักษณะเอื้ออาทร เอาใจใส่ มุ่งก่อให้เกิดความสุขสบายแก่ผู้ป่วย

2. การใช้แอลกอฮอล์ โดยแอลกอฮอล์จะมีผลต่อการควบคุมตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้การใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทยังมีผลต่อการเสริมฤทธิ์ของยา รักษาทางจิต โดยทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น ส่งผลต่อความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย และหยุดใช้ยาในที่สุด พยาบาลจิตเวชจึงควรเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียของการใช้แอลกอฮอล์ ทักษะการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมหรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยไม่พึ่งแอลกอฮอล์ รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เป็นการรับรู้ถึงระดับความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี พยาบาลจิตเวชจึงควรให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ที่สามารถส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

4. ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา การรักษาโรคจิตเภทต้องใช้เวลาในการรักษา ด้วยยา และยารักษาอาการทางจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยบางรายทนต่อฤทธิ์ของยาไม่ได้จึงทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี การให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทต้องให้ข้อมูลถึงอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ให้ความรู้ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ รวมทั้งแนะนำแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตกับการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาพฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อยของผู้ป่วย ได้แก่ ยิ้ม หัวเราะ พูดคนเดียว หวาดระแวงซึมเศร้า แยกตัว เดินเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่ยอมนอน เอะอะ อาละวาด บางครั้งแสดงอาการ โกรธเกลียดรุนแรงทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นทำลายข้าวของและทรัพย์สิน (วาสนา ปานดอก, 2545 ; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) อาการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลนั้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย (Moore and Kuipers, 1992; Oliver and Kuipers, 1996; Synder et al, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน สามารถทำนายปัจจัย

การแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวก ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต น่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ซึ่งใช้วิธีการประเมินจากหลายแหล่ง เช่น การสังเกตโดยตรงโดยผู้ประเมิน หรือจากการสังเกตของบุคคลอื่น เช่น ญาติผู้ป่วย บุคลากรที่ดูแล หรือจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการ ได้แก่ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ซึ่งสร้างโดย Kay, Fiszbein and Opler (1987) ซึ่งต่อมาได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัย โกวิทช์ และคณะ (ม.ป.ป.) และแบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) จากการพัฒนาของ Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยอาการรุนแรงทางจิต 18 อาการ ประกอบด้วย ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic Concern) อาการวิตกกังวล (Anxiety) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotion withdrawal) ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ความรู้สึกผิด (Guilt feeling) ความตึงเครียด (Tension) ท่าทางการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing) ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินจริง (Grandiosity) อาการซึมเศร้า (Depression) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (Suspiciousness/persecution) อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation) การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) และอาการไม่รู้ว่าเวลา สถานที่ และบุคคล (Disorientation) ต่อชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) นำมาพัฒนาตามแนวคิด Overall and Gorham (1962) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา .83 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .89

สรุปได้ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถประเมินได้โดยใช้วิธีการประเมินจากการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือจากการสัมภาษณ์ญาติและเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย เลือกใช้วิธีการประเมินได้จาก ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด โดยสังเกตจากผู้ป่วยโดยตรง ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ตามแนวคิด Overall and Gorham (1962)

1.2 การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

ความหมายของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Ware and Gandek for the IQOLA Project Group (1998) อธิบายความหมายของการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. การประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเอง การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การสื่อสาร การเดินทาง การทำหน้าที่ทางเพศ การนอน การเข้าสังคม การจับจ่ายซื้อของ การประกอบอาหาร การดูแลที่อยู่อาศัย การแต่งกาย และกิจกรรมด้านนันทนาการ

2. การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้อย่างเหมาะสมทั้งในการดำเนินชีวิตปกติ และในการทำงาน การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ชัดเจน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม พฤติกรรมที่ร่วมมือ คำนึงถึงคนอื่น ตระหนักถึงความรู้สึกของคนอื่น และวุฒิภาวะทางสังคม หน้าที่ทางสังคมในที่ทำงาน อาจรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การตอบสนองต่อผู้มีอำนาจ

3. การทำหน้าที่ให้สำเร็จ หมายถึง ความสามารถในการตั้งใจทำงานในเวลานานพอที่จะทำงานให้สำเร็จทั้งการทำงานในที่ทำงานและที่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่า การมีสมาธิที่คู่กับความพากเพียรพยายาม และความสามารถในการทำงานอย่างมีขั้นตอน เป็นสิ่งจำเป็นในการจะทำงานให้สำเร็จ ซึ่งความบกพร่องของสมาธิ ความพยายามและการมีขั้นตอนในการทำงานนี้ สังเกตได้จากความพยายามทำงานในอดีตหรือในสถานการณ์ที่คล้ายการทำงาน

4. ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด ในการเผชิญในแต่ละสถานการณ์ การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ทางสังคม และทำงานให้สำเร็จ ความเครียดที่พบบ่อยในที่ทำงานรวมถึงการพิจารณา การตัดสินใจ การทำหน้าที่ให้สำเร็จตามตารางเวลา และปฏิสัมพันธ์กับเจ้านายและผู้ร่วมงาน

Saraswat et al., (2006) ได้อธิบายความหมายไว้ว่า เป็นการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ 1. ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวัน 2. ความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง โดยใช้สื่อ และทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

Birchwood et al., (1990) ได้อธิบายความหมายไว้ว่า การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยสองส่วนหลัก คือ 1. ความสามารถในการดูแลตนเอง และ ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ 2. ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมด้วยตนเอง โดยใช้สื่อ และทักษะทางสังคม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ดังนี้

1. ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการประกอบกิจวัตรในชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างอิสระ ได้แก่ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประกอบด้วยความสามารถในการพึ่งพาตนเองและการทำหน้าที่โดยอิสระในการพึ่งพาตนเอง การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บุคคลจำเป็นต้องมีการทำหน้าที่ทางสังคมที่จำเป็นเพื่อการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ได้แก่ (สุวิมล สมัตตะ, 2541)

1.1.1 การดูแลสุขอนามัย ของตนเองในเรื่องการแปรงฟัน อาบน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย หวีผม เลือกล้างเท้า แต่งตัวเหมาะสมและถูกต้องเหมาะสม ทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใช้แล้วของตนเองได้ นอกจากนี้ยังสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้

1.1.2 การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารด้วยตนเอง เลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ ปริมาณอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และมีส่วนร่วมในการจัดหาหรือประกอบอาหารได้ และหลังจากรับประทานอาหารแล้วช่วยเก็บล้างทำความสะอาดได้อย่างเรียบร้อย

1.1.3 การพักผ่อนนอนหลับ ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง พยายามหลับได้เอง โดยไม่ต้องกินยานอนหลับ นอนในที่เหมาะสมอากาศถ่ายเทสะดวก อบอุ่นปลอดภัยและต้องคอยดูแลเครื่องนอนให้สะอาดเสมอ

1.1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ได้แก่ การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จัดของใช้ส่วนตัว ทำความสะอาดบริเวณส่วนตนได้ จัดหา บำรุง ซ่อมแซมบ้าน ปลูกต้นไม้ จัดสวน การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว

1.1.5 การเดินทางด้วยตนเอง เมื่อจะออกจากบ้านจะต้องรู้จุดหมายในการเดินทาง รู้ว่าจะออกไปทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ควรจำเส้นทางได้โดยเฉพาะเส้นทางในหมู่บ้าน เดินทางได้เองโดยลำพังและสามารถกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

1.1.6 การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่นรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าจะมีอาการเป็นปกติแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผิดปกติกลับมาอีก ไปรับการตรวจรักษา และพบแพทย์ตามนัด งดสิ่งเสพติด ของมีนเมา การดูแลเมื่อมีอาการแพ้ยา

1.2 การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ หมายถึงการมีกิจกรรมที่สนใจเช่นการอ่านหนังสือ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การเล่นหรือฟังดนตรี การสวดมนต์ไหว้พระ ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในวันสำคัญของสมาชิกในครอบครัว เช่น งานวันเกิด

2. ความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคม/การถอนตัวทางสังคม การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมทางสังคม และ การทำงานหรืออาชีพ

2.1 การมีส่วนร่วมทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่คนเดียว การพูดคุยสนทนากับสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกที่ต้องพบคนแปลกหน้า

2.2 การติดต่อสื่อสาร หมายถึงการที่ผู้ป่วยสามารถใช้คำพูดและกริยาที่เหมาะสมในการสนทนากับผู้อื่น ไม่เข้าไปก้าวกายหรือทำให้เกิดความวุ่นวายในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนา มีท่าทางปกติแสดงออกอย่างเหมาะสมต่อสถานะแวดล้อม ไม่พูดแปลกๆ หรือมีความคิดแปลกๆ

2.3 การมีกิจกรรมทางสังคม หมายถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วัด กลุ่มกิจกรรมที่น่าสนใจ การรับผิชอบและมีส่วนร่วมต่อชุมชน

2.4 การทำงานหรืออาชีพ หมายถึงมีความสามารถในการทำงาน เช่น งานบ้านหรืองานทั่วไปสามารถจัดรับผิชอบและจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว

สรุปการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการปรับหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมหรือ สถานการณ์ ใด หนึ่ง ใด หนึ่งที่เหมาะสมภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคม ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ และความสามารถในการปรับตัวทางสังคม เป็นสิ่งที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนร่วมกับผู้ดูแลควรให้การส่งเสริมให้กับผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับสู่ชุมชน สามารถดำเนินชีวิตได้ หนึ่งอิสระและปกติสุข

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตพยาธิสภาพ (Psychopathologic factors) ได้แก่ อาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม จากการศึกษาของ Alan et al. (2007) ซึ่งทำการประเมินการทำหน้าที่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 70% ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมขั้นพื้นฐานได้ แม้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วก็ตาม เช่น การทำบทบาทสามีหรือภรรยาพ่อแม่ ผู้ปกครองและการทำงานโดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12 มีโอกาสทำงานหรือเรียนได้เต็มเวลา ที่เหลือส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้เต็มวัน นอกจากนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีเปอร์เซ็นต์เล็กน้อยที่มีครอบครัว และมักจบลงด้วยการหย่าร้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker et al. (2004) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยทำนายการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอาการทุเลาแล้ว แต่อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ยังคงมีผลต่อการดำเนินชีวิตและเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมทางสังคม การแยกตัวจากสังคม และการปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคม

2. ปัจจัยด้านสังคม-เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Socioeconomic and environment factors)จากการศึกษาพบว่า มีผลกระทบต่อการทำงานที่บ้านที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง (จิราพร รักการ, 2549) จากการศึกษาของ Angell and Test . (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมพบว่า สถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัย และสถานการณ์ต่างๆ เช่น การถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงานและ เพื่อนบ้านในการเข้าร่วมกิจกรรม การถูกตัดโอกาสในการทำงาน และ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่พักอาศัยอยู่อย่างอิสระกับครอบครัว จะมีการทำหน้าที่ และการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าการที่ต้องถูกจำกัดขอบเขตมากเกินไป (Browne and Courtney, 2004) มีผลกระทบต่อการทำงานที่บ้านที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท และ การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อการลดบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Rusch et al., 2009) เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การไม่ได้การยอมรับและถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิเสธจากเครือข่าย มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวจากสังคม รู้สึกเป็นปมด้อย ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจมีผลทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมมากขึ้น และนำไปสู่การขาดทักษะทางสังคมมากขึ้น (Angell and Test, 2002) ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้กลับมาป่วยซ้ำได้ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมตามมา

3. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา การทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม (Ran et al., 2010) และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้อแท้เบื่อหน่าย ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม (Barry, 2011) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1 ใน 3 ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา และไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยา (Honkonen et al., 1999) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการปรับลดหรือเพิ่มขนาดยา บางครั้งหยุดยาเองและ เมื่ออาการดีขึ้นมักจะหยุดยา โดยไม่รู้ว่าต้องรับประทานยาต่อเนื่อง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม และมีการกลับเป็นซ้ำเพิ่มมากขึ้น (Schnach-Wolff et al., 2009)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภท ถูกปฏิเสธจากสังคมและครอบครัว ลดบทบาททางสังคม ทำให้ผู้ป่วยแยกตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยได้รับ

การยอมรับจากสังคม และ ลดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวและการกลับเป็นซ้ำ ทำให้สามารถอยู่ในสังคมอย่างอิสระและปกติสุข

ความสัมพันธ์การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยกับการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Alan et al. ,2007) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาอาการทุเลาแล้ว แต่อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ยังคงมีผลต่อการดำเนินชีวิตและทำการศึกษายังจกัทำนายการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นตัวทำนายมีส่วนร่วมทางสังคม การแยกตัวจากสังคม และการปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคม (Lysaker et al.,2004) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมพบว่า สถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัย และสถานการณ์ต่าง ๆ จะถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงานและเพื่อนบ้านในการเข้าร่วมกิจกรรม การถูกตัดโอกาสในการทำงาน(Angell and Test, 2002) และพบว่าหากผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงถึงผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ผู้ดูแลจึงไม่วิพากวิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตร และไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเกินไป (กรดี ไชยสิน ,2545) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างเป็นอิสระของผู้ป่วยจิตเภท (Inoue, Tanka and Mino, 1997) ดังนั้นการทำหน้าที่ทางสังคมน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญในการทำนายหรือพยากรณ์โรคเพื่อใช้ในการพิจารณาการวางแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆมีหลายชนิด ตัวอย่างเช่น

1. The Life Skills Profile (LSP) สร้างขึ้นโดย Rosen et al. (1989) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ (Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อซึ่งได้แบ่งการทำหน้าที่ออกเป็น 5 ด้านประกอบด้วย1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม 3) ด้านการติดต่อสังคม 4) ด้านการสื่อสาร 5) ด้านความรับผิดชอบ ประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับและประเมินคะแนนดังนี้ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติ 1 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติน้อย 2 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติมาก 4 คะแนน โดยแบบประเมินนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงในแต่ละด้านได้ 0.88, 0.85, 0.79,0.67 และ0.77

2. The Social Functioning Questionnaire (SFQ) สร้างโดย Tyrer (2005) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Social Functioning Scale (SFS) เพื่อให้มีความรวดเร็วในการวัดผลลัพธ์ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประเมินโดยผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 4 นาที ประกอบด้วยข้อคำถาม 1) การทำงานและการทำหน้าที่ในครอบครัว 2) การจัดการเรื่องการเงิน 3) ทักษะด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 4) กิจกรรมทางเพศ 5) การติดต่อทางสังคม 6) การใช้เวลาว่าง มีค่าคะแนน 0-28 คะแนน การแปลค่าคะแนนสูงกว่า 10 คะแนนมีการทำหน้าที่ได้ไม่ดี เครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและได้รับการยอมรับว่าครอบคลุมในการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

3. The Social Occupational Functioning Scale (SOFS) สร้างขึ้นโดย Saraswat เป็นเครื่องมือฉบับย่อที่ใช้วัดการทำหน้าที่ด้านการงานในผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ครอบคลุม และง่ายในการดำเนินการในคลินิกเป็นแบบวัดที่มีค่าความตรงและความเที่ยงเหมาะสมในการวัดทางจิต มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการคือ ทักษะด้านการปรับตัว (คำถาม 6 ข้อ), ความเหมาะสมทางสังคม (คำถาม 4 ข้อ) และทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (คำถาม 4 ข้อ) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ 1= ไม่บกพร่อง 2= บกพร่องเล็กน้อย 3= บกพร่องปานกลาง 4= บกพร่องมาก 5= บกพร่องมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่น (0.91) และความตรงสูง ($r=0.70$)

4. Social Functioning Scale (SFS) สร้างขึ้นโดย (Birchwood, et al., 1990) SFS เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับในการประเมินผลการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงานของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบบทดสอบ SFS จะวัดการทำหน้าที่ทางสังคม 7 ด้าน พิสัยของคะแนน 0-3 คะแนน คือ 1. การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม มีข้อคำถาม 5 ข้อ 2. การสื่อสารระหว่างบุคคล มีข้อคำถาม 4 ข้อ 3. การมีกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถาม 22 ข้อ 4. กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ มีข้อคำถาม 15 ข้อ 5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ 6. ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 13 ข้อ 7. การจ้างงาน/อาชีพ คะแนนรวมทั้งหมด = 223 คะแนน โดยนำคะแนนไปเทียบกับ Raw Scores ในตารางแปลผล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning Scale: SFS) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของ ชัชชญา คมขำ (2554) ซึ่งทำการแปลแบบสองทางจากเครื่องมือของ Birchwood et al. (1990) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.94 เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน ใช้เวลาในการประเมิน 20-30 นาที

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว

ปัจจัยด้านผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ที่ส่งเสริมให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์

กับการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่าผลการศึกษาที่สามารถนำมาจัดกระทำกับปัจจัยทำนายการ
แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแล
เชิงปรนัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแล
ผู้ป่วย และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าไว้หลากหลายดังต่อไปนี้

Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงความเป็นเบนทางด้านอารมณ์ ด้าน
ความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลก
และต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยคำนิ คติเตียน และลงโทษตนเอง เห็นว่าตนเองว่าไร้ค่า
เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง มีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอน
ไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเริ่มมีตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้น
จนกระทั่งทำให้มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม หลีกหนีออกจากสังคมและไม่มี
ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

Gordon (1999) ได้ให้ความหมาย ภาวะซึมเป็นความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและควร
ได้รับการบำบัด

ดวงใจ กสานติกุล (2542) ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหด
เหี่ยว ซ้ำ ซ้ำ ซ้ำ นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลง หรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์เพศ คิด
อยากตาย และมีผลกระทบในด้านสังคม อาชีพ ทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป
กลายเป็นแยกตัว

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2544) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าซึ่งสอดคล้องกับเบ็คว่า ภาวะ
ซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง
และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับเริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่าย
เล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยากต้องการหนีความลำบากด้วยการ
ทำลายตนเอง

อรพรรณ ลือบุญรัชชัชย (2545) ได้ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าว่าเป็น การที่บุคคลมีความ
ผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัดโดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการ
เข้าสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าไว้ 3 นัย ได้แก่ 1) นัยทางด้านอารมณ์
(Mood) และความรู้สึก (Feeling) โดยเป็นนัยของภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกทางด้านอารมณ์และ

ความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง 2) นัยทางอาการ (symptoms) ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า เช่น หมดความสนใจกิจกรรมที่เคยชอบ เบื่ออาหาร แยกตัว เหมือนป่วยทางกายเรื้อรังแต่หาสาเหตุไม่ได้ 3) นัยของการเป็นโรค (Disease) หมายถึงภาวะซึมเศร้าหรืออาการเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิต และอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorder หรือ Affective disorder)

มาโนช หล่อตระกูล (2550) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย โดยในผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศร้าหรือเบื่อหน่ายนี้จะ เป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อยเช่นกัน ผู้ป่วยมักทนเสียงดังหรือมีครอบครัวไม่ได้ มักอยากอยู่คนเดียวเงียบ ๆ

ปานิสรา เกษมสุข (2551) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจเกิดความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

สรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัวขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยแสดงออกถึงความผิดปกติของผู้ดูแล ด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกแง่ร้าย ไม่พึงพอใจความรู้สึกผิด รู้สึกเหมือนถูกลงโทษ ละอายใจ การตำหนิตนเอง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้องไห้ หงุดหงิดง่าย แยกตัวจากสังคม หมกหมุ่นอยู่กับการเจ็บป่วย และกระทบด้านอาการทางกาย ได้แก่ ไม่สนใจตนเอง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังต่อไปนี้

1.อายุ ภาวะซึมเศร้าพบมากขึ้นตามอายุ โดยผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์ในชีวิตมาก ทำให้ผู้ดูแลมีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่อย่างไร ก็ตามผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น ภาวะสุขภาพจะมีความเสื่อมสภาพตามวัย ทำให้ไม่สามารถรับหน้าที่ผู้ดูแลได้นาน (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537)

2.เพศ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิงและเพศชาย จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ต่างกัน เนื่องจากการมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน การรับบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถปรับตัว ส่วน

เพศชายถูกอบรมให้เป็นผู้หารายได้ หากต้องเป็นผู้ดูแลต้องปรับตัวได้ยากกว่า (วิลลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง

3. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติคนใดคนหนึ่ง โดยพบว่าความสัมพันธ์จะมีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ถ้ามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน จะให้การดูแลเพราะมีความรักความผูกพัน แต่ถ้ามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน จะเป็นการดูแลที่ปฏิบัติตามหน้าที่ และความจำเป็นมากกว่า จะการศึกษาของเอื้ออารีย์ สาริก (2543) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสีย ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าตามมา

4. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เนื่องจากรับเป็นผู้ดูแลหลัก ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ จะทำให้มีการแบ่ง ความรับผิดชอบ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จอม สุวรรณ โณ, 2541) แต่ในทางกลับกัน ถ้าสมาชิกครอบครัวมีน้อย ทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตามลำพัง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีการดูแลมาก (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) เกิดความเครียดจากการดูแล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

6. การสนับสนุนทางสังคม หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ดูแลจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ (Rauktis, Koeske and Tereshko, 1995)

ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นำไปสู่การเกิดปัญหาต่อผู้ดูแลในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะ สุขภาพด้านจิตใจ เช่น เกิดความรู้สึกโกรธ มีอารมณ์เศร้า วิตกกังวล รวมทั้งมีความรู้สึกผิดและโทษตนเอง (Sadock and Saock, 1999) ให้รู้สึกหมดกำลังใจ หมดความหวัง หมดหนทางช่วยเหลือ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Lubkin and Payne, 2001, Parker, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kane (1984) อ้างถึงใน ยอดสร้อย วิเวการณ (2543) ที่พบว่าผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ คือผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ต่อสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกซึมเศร้าและรู้สึกผิดไปด้วย และการศึกษาของ Wasserman, Mamani and Suro (2012) พบว่า ความละเอียดใจ ความรู้สึกผิดและโทษตนเอง สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ และจากการศึกษาของ Raune et al. (2004) พบว่า การปรับการแสดงออกทางอารมณ์ ทำได้โดยการลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ดังนั้นภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลจึงน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นที่นิยมใช้มีดังนี้ (Beeber, 1996; Kaplan and Sadock, 1989) คือ

1. Hamilton Rating scale for Depression สร้างขึ้น โดย Hamilton ในปี ค.ศ.1960 มีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และสนใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย ๆ ได้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale สร้างขึ้นโดย Radloff ในปี ค.ศ.1977 เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ปรับปรุงรวบรวมมาจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลาย ของ Beck, Raskin, Zung c]t Minnesota Multiphasic Personality Inventory ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินโดยถามถึงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือสัปดาห์

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI]) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ แบบประเมิน ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อและเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อการให้คะแนนในแต่ละคำตอบให้เป็น 0, 1, 2, 3 โดยกำหนดคำตอบและคะแนนตามลำดับ การแปลระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยนับคะแนนในทุกข้อคำถามทั้ง 21 ข้อรวมกันและแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ โดยถามอาการตั้งแต่ 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา แบบวัดนี้เป็นแบบประเมินด้วยตนเองหรือให้ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟัง แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกในคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด โดยหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.76- 0.95 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้วิจัยในประเทศไทย นำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค มาใช้ ดังนี้ เอี่ยมเดือน เนตรแหม (2541) ได้ศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรังหาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้เสพติดสุราเรื้อรัง จำนวน 10 และวิระ ชูรุจิพร (2542) ได้ศึกษาวิธีจัดการกับความซึมเศร้าของคนไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป็นตัวแทนในเขตสาธารณสุข 12 เขตของประเทศไทย จำนวน 7,432คน แต่ไม่ได้กล่าวถึงการหาค่าความเชื่อมั่น

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory ซึ่ง มุกดา ศรียงค์ ได้แปลเป็นภาษาไทย ต่อมา ชวนชม วงศ์ไชย(2546) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่-สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 10 คน แล้วนำค่าคะแนนที่ได้รับมาหาค่าความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.83 คำถามเข้าใจง่าย คำถามแยกอาการทางจิต และอาการทางกายชัดเจน พบว่ามีค่าความเที่ยง 0.83 และปานิสรา เกษมสุข (2551) ได้นำมาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 ข้อคำถามอ่านเข้าใจง่าย และเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาคือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งแบบประเมินความซึมเศร้าของ ประกอบด้วยคำถามทั้งอาการทางจิตใจและอาการทางกาย สามารถใช้ได้ง่าย เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง สามารถประเมินผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป จึงเหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด

2.2 ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความหมายของภาระการดูแล ภาระตามพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ(2530) หมายถึง ธุระที่หนัก การงานที่หนัก หรือหน้าที่ที่ต้องรับเอา ส่วนภาระในทางสุขภาพหมายถึงภาระการดูแล (burden of care)

Honig and Haminton (1996 cited in Jones, 1996) ให้ความหมายภาระโดยอธิบายในเชิงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลว่ามี 2 ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานการณ์การดูแล ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแล

Montgomery, et al. (1985) ได้ให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในดูแล ซึ่ง เป็นมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 1 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายใน ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกเป็นทุกข์ในการดูแล

Thomson and Doll(1982) เห็นว่า ภาระของครอบครัวที่เกิดจากการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต หมายถึง ความเดือนร้อนทางด้านจิตใจ ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกขุ่นเคืองใจ และรู้สึกว่าแบกรับภาระเกินตัวของสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น

ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ให้ความหมายของภาระการดูแล คือ สิ่งที่มีผล

กระทบในด้านลบต่อผู้ดูแล โดยแบ่งภาระออกเป็น 1) ภาระตามสภาพจิตใจ ได้แก่ ความอับอาย ความรู้สึกผิด วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย โกรธเคือง ชมชื่น 2) ภาระที่ไม่มีความรู้สึกมาเกี่ยวข้อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการเงิน บทบาท กิจวัตรประจำวัน เวลาพักผ่อน ความสัมพันธ์กับเพื่อน บ้านและสุขภาพ

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2544) ให้ความหมายว่า ภาระดูแล คือ ความเครียดหรือ ภาระที่เป็นผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ดูแล มีความสัมพันธ์กับ ประสบการณ์การดูแลแบ่งเป็น

1. ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่ เกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล ความมากน้อยของกิจกรรม การดูแล

2. ภาระเชิงจิตวิสัย เป็นความคิดความรู้สึกหรือความกลุ้มใจอันเป็นผลมา จากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ การให้การดูแล ซึ่งแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

สำหรับแนวคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยเลือกใช้ คือแนวคิดของ Montgomery, et al.(1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ ครอบคลุมภาระที่เกิดจากการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมของภาระการดูแลผู้ป่วยจะพบว่า ผู้ดูแล ต้องให้การดูแลที่ต้องมีความ ยากลำบากที่เกิดจากงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และมีการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ดูแล (Montgomery, Stull, and Borgatta, 1985) ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้านดังนี้

1. ปัจจัยด้านครอบครัว

1. บทบาทของญาติผู้ดูแล เป็นบทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับ ผู้ป่วยจิตเภทใน ฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยในด้านการดูแล ผู้ป่วยที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติ ลดการกลับเป็นซ้ำ (รัชนีกร อุปเสน, 2541)

2. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ซึ่งความสัมพันธ์จะ นำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูงทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

3. การติดต่อสื่อสารในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันในครอบครัว พฤติกรรม สื่อสารในครอบครัว มีลักษณะ 2 ทาง ทั้งทางบวกและทางลบ โดยใช้ภาษาพูดและภาษา

ท่าทาง มีการสื่อสารเข้าใจชัดเจน และการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ สื่อสารความรู้สึกร่วมแก้ปัญหา (พริยากรณ์ เชื้อหอม, 2548)

4. ทศนความเครียดในผู้ดูแลเกิดจากสถานการณ์ อาการการป่วยที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแล รับรู้ต่ออาการ การประเมินปัญหา จากภาระในการดูแลผู้ป่วยทุกวัน (Moller-Leimkuhler, 2005)

5. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงออกในรูปแบบน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) จากการศึกษาของ Raune et al. (2004) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีผลทำให้ภาระทางอัตนัยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแล

2.1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นิสากร แก้วพิลสา, 2545)

2.2. รายได้ของครอบครัว มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในขั้นพื้นฐานทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985)

2.3. อายุของผู้ดูแล มีความแตกต่างกัน จะทำให้การรับรู้ภาระต่างกัน (Lefey, 1987) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขและการเผชิญปัญหา ผู้มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า ทำให้รับรู้ภาระน้อยลง (Montgomery et al., 1985)

2.4. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ จากการศึกษาของ Doombos (2002) พบว่าครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานส่งผลให้ผู้ดูแลเครียด ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ การเจ็บป่วยทางกาย ทำให้วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป พบปัญหาด้านการเงิน และคุณภาพชีวิตลดลง

ผลกระทบของภาระจากการดูแล

1. ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่อาการกำเริบเวลาในการดูแลสูงถึง 24 ชั่วโมง ทำให้พักผ่อนน้อย (รุจา ภูไพบูย์, 2535)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจส่งผลต่อสภาพจิตของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหวัง วิตกกังวล จนเกิดความเครียด มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเครียด คือความรู้สึกสูญเสีย เสรีภาพ เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเครียดรู้สึกเป็นภาระมาก ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้

3. ผลกระทบด้านสังคม ที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะเดียวกัน รับบทบาทอื่นด้วย ทำให้มีเวลาลดลง ทำให้ขาดการปฏิสัมพันธ์กับสังคม (จูไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532)

ความสัมพันธ์ของภาระการดูแลกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา นั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ และด้านสังคม ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถูกทำร้ายร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (ทูลภา บุญผาสังข์, 2544) ด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนลดลง ต้องหยุดงาน หรือลาออกจากงาน เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) และนำไปสู่การเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล (Montgomery et al., 1985; นพรัตน์ ไชยธานี, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว (Sczafica and Kuipers, 1996; 1998) สอดคล้องกับการศึกษา Raune et al., (2004) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีผลทำให้ภาระทางอัตนัยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ดังนั้นภาระการดูแลจึงน่าจะสามารถทำนายปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือส่วนใหญ่บ่งชี้ภาระสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย ซึ่งภาระเชิงปรนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินได้ จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล (Montgomery, Stull and Borgatta, 1985)

1. การประเมินภาระในการดูแลของ Oberst (1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการทำการดูแลว่าควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ

1.1 ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

1.2 ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (demand) จากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

Oberst (1991) ได้สร้างแบบประเมินการดูแล (Caregiver Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อประเมินภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus and Folkman(1984 cited in Oberst et al., 1989) ในประเทศไทย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาระการดูแลของ Oberst (1991) เป็นภาษาไทยและได้

ตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการ จากนั้นนำข้อความบางข้อ ไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

2. การประเมินภาระในการดูแลของ Montgomery et al. (1985) แบ่งองค์ประกอบของภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ

2.1 ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบ สนอง ทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล

2.2 ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

Montgomery et al. (1985) ได้แปลและพัฒนาเครื่องมือโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) การประเมินในลักษณะนี้คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้น ๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่นำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาระในการดูแลในมุมมองที่ต้องประเมิน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิจัยภาระในการดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี(2545) ตามแนวคิดของ Montgomer et al. (1985) ซึ่งมองภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เนื่องจากเป็นการมองภาระที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด

2.3 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในภาวะที่คนเราต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่ง ที่ตน เองคิดว่าจะมาคุกคามความเป็นอยู่ที่ดีของตน คนเราจะพยายามต่อสู้เพื่อเผชิญกับภาวะดังกล่าว อย่างดีที่สุด เพื่อไม่ให้ตนเองเกิดความเครียด การต่อสู้ที่ทำให้คนเราพร้อมเผชิญกับภาวะที่ทำให้เรา เครียด เรียกว่า การเผชิญความเครียด ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดดังต่อไปนี้

เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดหมายถึงกระบวนการซึ่ง แสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำของบุคคล โดยการหา วิธีการต่าง ๆ รวมทั้งมีการใช้กระบวนการทางจิตใจ ในการที่จะพยายามควบคุม หรือบรรเทา เหตุการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อลดความกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อให้จิตใจกลับสู่ภาวะปกติ

ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) กล่าวว่า กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะกระทำ พฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำของบุคคล โดยวิธีการต่าง ๆ ที่จะจัดการกับ ความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การเผชิญความเครียดเป็น กระบวนการที่บุคคลพยายามแสดงออกในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อลดภาวะที่คุกคามต่อ จิตใจ และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกันแนวคิดเกี่ยวกับ ความเครียดในลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

Lazarus and Folkman (1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก อันเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive process of appraisal) ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินขั้นต้น (primary appraisal) 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่เกี่ยวข้องกับตน (irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีผลต่อความผาสุก ไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรกับตน จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตน (benign positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นๆทำให้ความผาสุกของตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกปิติยินดี มีความสุขเบิกบานใจ หรือรู้สึกสงบ จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้

1.3 เป็นภาวะเครียด (stress) 3 ลักษณะ คือ

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

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

1.3.3 เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นๆ อาจจะเป็นอันตราย แต่คาดการณ์ว่าตนจะสามารถควบคุมได้ เป็นความเครียดที่เป็นเพียงความยุ่งยากใจที่ไม่เกินความสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้ บุคคลจึงมีความกระตือรือร้น ตื่นเต้นและมีแรงจูงใจที่จะสู้จะลอง

2. การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) การประเมินขั้นที่สอง เรียกว่า การประเมินค่าซ้ำ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้ข้อมูลเข้ามาใหม่จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และเป็น การติดตามประเมินผลวิธีการปรับแก้ที่ใช้ไปแล้ว หากวิธีการปรับแก้ที่ใช้ไปนั้นไม่สำเร็จ ดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นจุดให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความเครียดสูง อันเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ดังกล่าวซ้ำอีกครั้งหนึ่ง จะช่วยทำให้ความเครียดลดลงได้

รูปแบบการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

เมื่อบุคคลมีการประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีต่าง ๆ เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและแสดงออกทางความรู้สึก หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆ เรียกว่า รูปแบบการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ตั้งเครียด การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้เป็น การกระทำที่มุ่งแก้การปัญหา โดยใช้สติปัญญาความรู้การหาข้อมูลเพิ่มเติมการเพิ่มทักษะ ความสามารถของตนเอง

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับกับอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้กันมากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือ เปลี่ยนแปลงแก้ไข ภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ โดยพยายามแก้ไขอารมณ์ต่าง ๆ เพื่อลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ตั้งเครียดนั้นและรักษาภาวะสมดุลภายในจิตใจไว้แต่ไม่ใช่การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง

ความสัมพันธ์การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหากับการแสดงออกทางอารมณ์

การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดได้ และความเครียดนั้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเสียความสมดุลทางด้านอารมณ์ โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบโดยเฉพาะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (มยุรี กลับวงษ์, 2552) จากการศึกษาของ Solomon and Drain, 1995 พบว่า ระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหของญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพยายามแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด พบว่า มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall and Docherty (2000) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์ จันทรเสถียร (2549) พบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท แต่มีความสัมพันธ์ทางลบ ดังนั้นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจึงน่าจะสามารรถทำนายปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การประเมินการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทั้งด้านความคิดและการกระทำที่ใช้จัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด จึงมีผู้สร้างเครื่องมือวัดการกระทำหรือความรู้สึกดังกล่าวขึ้น ซึ่ง Jalowich ได้สร้างแบบวัด Jalowich Coping Scale (JCS) ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1977 ตามแนวคิดของ Lazarus และในปี ค.ศ.1987 ได้ปรับปรุง

เครื่องมืออีกครั้ง โดยได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ ซึ่งผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับกับอารมณ์ จากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และจากการทบทวนรายงานการวิจัยพบวิธีการจัดการเผชิญความเครียด เช่น นิตยา สุทธยากร (2531) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowich (1979) แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องทางด้านภาษาและปรับปรุงแก้ไข ใช้วัดการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนศิริพร โอภาสวัตชัย (2531) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดการเผชิญความเครียดซึ่ง Jalowich and Power (1982) ใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ทำการรักษาแบบ Hemodialysis มาใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล และดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ได้ดัดแปลงแบบวัดการเผชิญภาวะเครียด ของศิริพร โอภาสวัตชัย (2531) ร่วมกับศึกษาแนวคิดแบบแผนการเผชิญความเครียดของ Jalowich วัดการเผชิญความเครียด เป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจะเห็นได้ว่าการเผชิญความเครียด จะใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดซึ่ง Jalowich เป็นผู้สร้างขึ้นมาแปลและดัดแปลงเพื่อใช้วัดการเผชิญความเครียดในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ต่อมาชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ดัดแปลงจากแบบวัดการเผชิญความเครียด ของดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ตามแนวคิดของ Jalowich (1983) นำมาใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา 0.80 ค่าความเที่ยง 0.74

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียดชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งประเมินการเผชิญความเครียด ในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.4 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการกระทำในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์การดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และความแข็งแรงทางด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดความสามารถในการดูแลผู้พึ่งพา (Dependent care agency)

Orem (2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นญาติในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ที่เป็นโรค ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ความสามารถของญาติที่ต้องรับผิดชอบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ต้องพึ่งพา เปரிய

ได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Taylor, 1989) โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

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

1.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบของตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จะเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

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

2.1 ความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อม ตลอดจนเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ที่เป็โรครจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น ๆ

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วยโดย มีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณณะ และความหมายที่ส่งผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ

ญาติผู้ดูแลต้องมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ ต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท และมีความสามารถในการควบคุม ดูแล และตัดสินใจพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไปพบแพทย์โดยเร็ว

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การคิดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายโดยทั่ว ๆ ไป ประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาท สำหรับรับรู้ความรู้สึก (Sensation) รวมทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตน

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

อย่างไรก็ตาม Orem เน้นว่าพยาบาลมีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่เหมาะสม และมีความเต็มใจที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว และช่วยพัฒนาความสามารถของ

บุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้สามารถดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ Orem (2001)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะต้องใช้พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแล โดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

1. ความสามารถของผู้ดูแลที่สนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยจิตเภทในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะต้องมีเวลาสนใจ เอาใจใส่ และตระหนักถึงปัจจัยสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค

2. ความสามารถของผู้ดูแลความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการลำดับความสำคัญและการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม เพื่อการดูแลผู้ป่วย

3. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ของตนเองเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้มีกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเสรีสมบูรณ์และต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้เต็มที่

4. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะใช้เหตุใช้ผล เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และรู้จักตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถแยกแยะเหตุและผล รู้จักมองความเกี่ยวข้องของความต้องการของผู้ป่วยกับการกระทำเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง 5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ โดยมองเห็นคุณค่า

และความสำคัญของผู้ป่วย และกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย คือ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

6. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติได้ตามที่ตัดสินใจ ผู้ดูแลจะต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีความสามารถในการที่จะตัดสินใจพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาได้ทันทั่วถึง

7. มีความสามารถของผู้ดูแลในการเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลที่ถูกต้อง

8. ความสามารถของผู้ดูแลในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะในการติดต่อสอบถามแพทย์ พยาบาลหรือผู้รู้ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

9. ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลทราบถึงการกระทำที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และสามารถจัดลำดับของกิจกรรมให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ของผู้ดูแลได้

10. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลผู้ป่วย เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลสามารถที่จะรักษาบทบาทของตนเอง และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยยังคงความมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสามารถสอดแทรกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลและครอบครัวได้

อย่างไรก็ตาม Orem เน้นว่า พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่เหมาะสมและมีความเต็มใจที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว และช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้สามารถดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Orem (2001) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาว่า ความสามารถในการดูแลมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลสำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. อายุ (Age) บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา อายุจะพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานย่อมเพิ่มประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ปรับตัวกับบทบาทและความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล

2. เพศ (Gender) เป็นตัวกำหนดบทบาทหน้า ความรับผิดชอบของบุคคลเป็นปัจจัยที่บอกความแตกต่างทางสรีระ ส่งผลต่อความต้องการดูแลทั้งหมดได้

3. ระยะเวลาพัฒนาการ (Development state) บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะพัฒนาการของชีวิต อาจเนื่องมาจากผลกระทบของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความสามารถจะเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก พัฒนาสมบูรณ์วัยผู้ป่วย และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

4.ภาวะสุขภาพ (Health state) หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการการวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic state)

5.สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation) การศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานด้านนี้ โดยกล่าวว่า การศึกษาที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

6.ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors) หมายถึง ระบบการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าในโรงพยาบาล จนครอบคลุมการทางการแพทย์พยาบาลในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่พึ่งพาได้

7.ระบบครอบครัว (Family system factors) ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมด และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เมื่อมีผู้เจ็บป่วยในครอบครัว (Orem, 2001)

8.แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living) เป็นแบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล

9.สิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบของบุคคล (Orem, 2001)

10.แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy) หมายถึง สิ่งที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และยังส่งเสริมให้บุคคลพยายามให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ขาดความรู้ และมีความคาดหวังจากการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ทุเลา จึงทำให้เกิดรู้สึกโกรธและโทษตัวเอง และเกิดการแสดงอารมณ์ด้านลบด้วยผู้ป่วยจิตเภทจะมีความทนต่อความเครียดได้ต่ำ ส่งผลให้กลับเป็นซ้ำตามมาได้ (Wahl and Harman, 1989; Schene, Wijngaarden and Koeter, 1998; Butzlaff, Hooley and DPhil, 1998) และผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้ป่วยมีทักษะการสื่อสารที่ถูกต้องส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก คือไม่ติเตียน ไม่ดูค่า ไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ ตอนบน สามารถทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และมีความสัมพันธ์ทางลบ ดังนั้นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจึงน่าจะทำนายปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนรายงานการวิจัย พบว่า การประเมินความสามารถในการดูแล มีนักวิจัยที่สร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจากเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes and Filday (1986) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้านคือ 1) ความเข้มแข็งและความสามารถในการตัดสินใจ 2) การให้คุณค่าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 3) ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ 4) ความแข็งแกร่งของร่างกาย 5) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และ 6) ความเอาใจใส่ในสุขภาพ และต่อมา นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้พัฒนาแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ตามแนวคิดของ Denyes and Filday (1986) ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยและการทบทวนวรรณกรรม และปรับข้อคำถาม ต่อมาชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) นำมาดัดแปลงแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทดลองกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน มีค่าความตรงตามเนื้อหา .95 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .78

ในการศึกษาครั้งผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) โดยดัดแปลงจากของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ตามแนวคิดของ Denyes and Filday (1986) มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.95 และค่าความเที่ยง 0.78 จึงมีความเหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้

2.5 ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความทุกข์ทรมานไว้ ดังนี้

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

Selye (1987) กล่าวว่าความทุกข์ทรมานเป็นความเครียดชนิดหนึ่งซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามโดยสิ่งเร้าจะมีความรุนแรงและทำให้เกิดโทษหรืออันตรายต่อร่างกาย

สุพัตรา อยู่สุข (2536) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจจากการถูกคุกคาม หรือเผชิญกับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดโทษหรืออันตรายต่อร่างกาย และไม่พึงปรารถนา เช่น การนอนไม่หลับ ความเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล ความอึดอัดกับข้อใจ

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ให้ความหมายความทุกข์ทรมาน เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจรวมทั้งความผิดปกติต่าง ๆ ทางกายที่มีผลมาจากความไม่สุขสบายทางจิตใจที่เกิดจากการตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยเกิดขึ้นมาเองที่ทำให้ส่งผลต่อร่างกายจิตใจของผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ของความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลกับการแสดงออกทางอารมณ์

เป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตลอด 24 ชั่วโมง (Baker, 1989) จากการศึกษาของ Tennakoon et al., (2000) พบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า อาการป่วยที่ทำให้ครอบครัวเป็นทุกข์ทรมานนั้น มาจากอาการทางลบและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน เกิดความขุ่นเคือง การทำอะไรไม่คิด ไม่มีจุดหมาย มีลักษณะที่คลุมเครือ แสดงการต่อต้าน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อแรงกดดัน แสดงอารมณ์รุนแรง คำว่า วิพากษ์วิจารณ์ สอดคล้องกับ Shimodera et al., (2000) พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานกับการแสดงออกทางอารมณ์ และพบว่า ความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Tennakoon et al., 2000) ดังนั้นความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลจึงน่าจะสามารถทำนายปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การประเมินความทุกข์ทรมาน

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

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) สร้างเครื่องมือ แบบประเมินความทุกข์ทรมานได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับอาการทางร่างกายและจิตใจ ที่เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากการดูแลผู้ป่วย 5 คน เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แล้วทำการถอดเทป สรุป เป็นอาการทางร่างกายและอาการทางจิต ออกแบบประเมินเป็นข้อคำถาม มาตรฐานประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 16 ข้อ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งประเมินความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ที่เหมาะสมกับ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา 0.87 ค่าความเที่ยง 0.86

4.4 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบวิธีการ ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้ Camberwell Family Interview (CFI) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถูกสร้างโดย Brown and Birley (1972) นับว่าเป็นเครื่องมือที่พัฒนามายาวนาน และต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการวัดโดยสัมภาษณ์ ผู้ดูแลหลัก (Key Relatives) มาสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที ในขณะที่ สัมภาษณ์ จะต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแล หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะต้องทำการถอดเทป และให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด 5 หมวด ได้แก่ Critical Comments, Hostility, Emotion Over-involvement, Warmth, Positive Remarks และแปรผลเป็น 2 กลุ่ม คือการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) และกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Low expressed emotion)

Five Minute Speech Sample (FMSS) เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ดูแลพูดถึงผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ในเวลา 5 นาที และมีการบันทึกเทปเพื่อนำมาวิเคราะห์ และ แปลผลภายหลังการสัมภาษณ์ FMSS เป็นเครื่องมือที่ประหยัดด้านค่าใช้จ่าย CFI เนื่องจากใช้เวลา ในการประเมินน้อยกว่า แต่เครื่องมือ FMSS ยังไม่มีรายงานว่ามีความตรงเชิงพยากรณ์

The Level of expressed Emotion (LEE) เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างขึ้นโดย Cold and Kazarian (1988) จากแนวคิดการแสดงออกทาง อารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) โดยประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ตามรับรู้ของ ผู้ป่วยจิตเภท มีความครอบคลุม ในการวัดภาพรวมของการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่ เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และมีความคิดหวังสูงร่วมกับความอดทนต่ำต่อผู้ป่วยจิตเภท ข้อคำถามมีลักษณะ ในการเลือกตอบ 1 คำตอบ จากข้อคำถามที่ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะ ๆ ละ 15 ข้อ รวม 60 ข้อ ผู้ดูแลที่การแสดงออกทางอารมณ์สูง คือ ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ประเมินการให้คะแนน การแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า 8 คะแนน โดยเครื่องมือ LEE โดย มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่า .86 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 หลังจากนั้น Chien and Chan (2009) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมา พัฒนาใช้วัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศจีน (A Chinese Version of the level of expressed Emotion Scale) เป็นการวัดระดับการ

แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในแถบเอเชียเช่นเดียวกับประเทศไทย พบว่ามีเครื่องดังกล่าวมีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .93 และความตรงของเครื่องมือเท่ากับ .93

ดวงตา อุทุมพฤษพร (2553) วัตถุประสงค์การแสดงผลออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Brown and Birley (1972) มีความครอบคลุมการวัดการแสดงผลออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ และต้องใช้ในการสังเกตขณะสัมภาษณ์ร่วมด้วย

เพชร คันธสายบัว (2544) สร้างแบบวัดการแสดงผลออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาแนวคิดการแสดงผลออกทางอารมณ์ของครอบครัวของ ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี (2536) ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคลากรด้านสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ ร่วมการศึกษาเอกสาร งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำประเด็นให้ครอบคลุมการแสดงผลออกทางอารมณ์ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป โดยนำมาใช้ประเมินผู้ดูแลในครอบครัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กรดีไชย ไชยสิน (2545) นำเครื่องมือพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ของสมาชิกในครอบครัวของ ดวงตา อุทุมพฤษพร (2533) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) โดยมีความครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป และใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นจุดตัดของค่าคะแนน การแสดงผลออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วย ออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับต่ำ

Sunpaveerawong (2006) สร้างแบบวัดการแสดงผลออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 10 ราย มีการบันทึกเทปและถอดคำพูดผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสัมภาษณ์การแสดงผลออกทางอารมณ์ ประกอบด้วยการแสดงผลออกทางอารมณ์ 7 ด้าน ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความเป็นมิตร การควบคุมทางอารมณ์ และความเห็นห่างของอารมณ์

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) นำเครื่องมือพัฒนาแบบวัดการแสดงผลออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaveerawong (2006) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ครอบคลุมองค์ประกอบของการแสดงผลออกทางอารมณ์ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความชื่นชม การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร

ขนิษฐา สุขทอง (2554) ได้นำเครื่องมือของ Dr. Shahe S. Kazarian นำมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดย Cold and Kazarian (1988) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) โดยมีการปรับข้อคำถามในฉบับแปลเป็นไทย โดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้สอดคล้องกับต้นฉบับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตามความเป็นจริงครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะ ดังนี้ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท

สรุป จากการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร ตามกรอบแนวคิดของ Brown et al.(1972) ซึ่งมีความครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบ และยังได้รับการใช้ประเมินในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และมีค่าความตรงและความเที่ยงที่ยอมรับได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดวงตา อุดมพุกภัยพร (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาตัวทำนายการกลับมารักษาซ้ำ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ เหตุการณ์ในชีวิต ฐานะเศรษฐกิจครอบครัวการแสดงออกทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ โดยครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.1 มีส่วนน้อยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทบ่อย

ภรดี ไชยสิน (2545) ศึกษาเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทชาวอีสาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มีอาการทางจิตสงบของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำคิดเป็น ร้อยละ 68.8 สถานภาพทางการเงินของญาติ ภาวะด้านการมีและไม่มีงานทำของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทาง

อารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอายุของญาติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 220 คน ผลการวิจัยพบว่า จำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรสการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการแสดงออกทางอารมณ์พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวที่มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลที่ให้การบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ภาคใต้ตอนบน จำนวน 160 คน ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับที่เหมาะสม ตัวแปรที่ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลได้ร้อยละ 29.7 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย ตัวแปรที่ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลได้ร้อยละ 11.6 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

Schreiber et al. (1995) ศึกษาถึงความรุนแรงของการแสดงออกทางอารมณ์ของบิดาและมารดาผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับบุคลิกของบิดามารดาหรือ ขึ้นอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรค เวลาที่ป่วย เพศและอายุที่ใกล้เคียงกัน ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสารและบุคลิกภาพ ผลการศึกษาพบว่าลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ ขึ้นอยู่กับบุคลิกของบิดามารดา ส่วนด้านความผูกพันทางอารมณ์และการแสดงความอบอุ่นห่วงใย ขึ้นอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

Sczufca and Kuiper (1996) ศึกษาการความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์และภาวะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการทางบวกและอาการทางลบจำนวน 50 รายและญาติผู้ป่วยที่อาศัยกับผู้ป่วยและมีความใกล้ชิด ได้รับสัมภาษณ์เพื่อประเมินการแสดงออกทางอารมณ์และภาวะในการดูแล และให้บอกถึงพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์กับการดูแลสูงกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และมีการรับรู้ความบกพร่องใน

การปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยสูงกว่าในผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ดังนั้นการ
แสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ กับภาระการดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท และสามารถคาดเดา
ความ สัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติได้

Inoue, Tanka and Mino (1997) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่
ทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทตามเกณฑ์ ICD 10
หรือ DSM-III-R ได้รับการสัมภาษณ์ผู้ดูแล 29 ราย โดยนัดติดตาม 9 เดือน และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม
พบว่า กลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ จะมีการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างเป็นอิสระสูง จึงยืนยัน
ได้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

Bentsen., et al. (1998) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยโรค
จิต สติและตัวทำนาย ศึกษาในนอร์เวย์ ผู้ป่วยจำนวน 47 รายและญาติ 72 ราย การแสดงออกทาง
อารมณ์ของญาติประเมินโดยใช้ CFI พบว่า ตัวทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ในส่วนของผู้ป่วย
คือ ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง เป็นพฤติกรรมที่น่ารำคาญ ตัว
ทำนายการแสดงความคิดเห็นไม่เป็นมิตร คือการไม่มีอาชีพและการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล
มากกว่า 3 ครั้ง การช่วยเหลือ ในการลดการแสดงออกทางอารมณ์ คือ การให้ผู้ป่วยมีงานทำ

Scazuflca and Kuiper (1998) ศึกษาความคงที่ของการแสดงออกทางอารมณ์ในญาติผู้ป่วย
จิตเภท และความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลและการรับรู้หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ศึกษาใน
ผู้ป่วยจิตเภท 50 รายและ ญาติ 50 ราย หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแล 36 ราย
ผู้ป่วย 31 ราย ได้รับการประเมินซ้ำหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย ได้รับการประเมินในด้าน อาการของ
ผู้ป่วย และระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ภาระในการดูแล และการรับรู้หน้าที่ทาง
สังคมของผู้ป่วย การศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยร้อยละ 64 มีระดับการแสดงออกทางอารมณ์เท่าเดิม
ร้อยละ 25 มีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางอารมณ์จากสูงเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ
และร้อยละ 11 มีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางอารมณ์จากต่ำเป็นการแสดงออกทางอารมณ์
สูง ตัวแปรที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงระดับการแสดงออกทางอารมณ์คือการเปลี่ยนแปลงภาระใน
การดูแล และจำนวนชั่วโมงในการ contact ระหว่างผู้ป่วยและญาติ ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงการ
แสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ และภาระการดูแล
ผู้ป่วย

Shimodera et al. (1998) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในญี่ปุ่น
พบว่าลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ได้แก่ อาการแสดงด้านบวก อาการด้านลบ
ความร่วมมือในการรับปรึกษา ปัญหาในชีวิต พฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรม
ก้าวร้าว แต่อาการด้านบวก และอาการด้านลบส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์มากที่สุด

Boye et al. (1999) ศึกษาเรื่องการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือ ผู้ป่วยจิตเวช เป็นการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 59 คน ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะแรก หรือที่ป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับสูงเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยไม่ทำงาน ในช่วงก่อนเข้ารับการรักษา และรับรู้ภาระในการดูแลเกี่ยวข้องกับระดับการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นมารดามากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ ตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่ทำงานหรือไม่เรียน และภาระในการดูแล

Hall and Docherty (2000) ศึกษาการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของพ่อแม่ ในพ่อแม่ 44 คน ผลการศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยที่แสดงออกบ่อย ๆ จะทำให้พ่อแม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ โดยเฉพาะการวิจารณ์พฤติกรรมในระดับสูงขึ้น

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

Humbeeck et al. (2002) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ โดยศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย อาการของโรค และเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย การเผชิญความเครียด และบุคลิกภาพส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเกี่ยวข้องกับอายุของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมที่มีขนาดเล็ก

King et al. (2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย ซึ่งมี มารดาเป็นผู้ดูแลประเมินการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้เครื่องมือ CFI ผลการศึกษาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น ลุกี้ลุกลน อยู่ไม่

เป็นสุข ความเครียด และ อารมณ์เศร้าในผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลในผู้ป่วยจิตเภทที่มา
รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย ซึ่งมีมารดาเป็นผู้ดูแล ประเมินการแสดงออกทาง
อารมณ์โดยใช้เครื่องมือ CFI ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาเกี่ยวข้องกับ
การที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น หลกี้ลุกลน อยู่ไม่เป็นสุข ความเครียด และ อารมณ์
เศร้าในผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

Raune et al. (2004) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การ
แสดงออกทางอารมณ์สูง มีผลทำให้ภาระทางอัตรณ์เพิ่มขึ้น และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีกลุ่มที่มี
การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ควรมีการจัดการ ป้องกัน หรือลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแล
ผู้ป่วย กลยุทธ์ที่ใช้ปรับการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความเครียด
อารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า

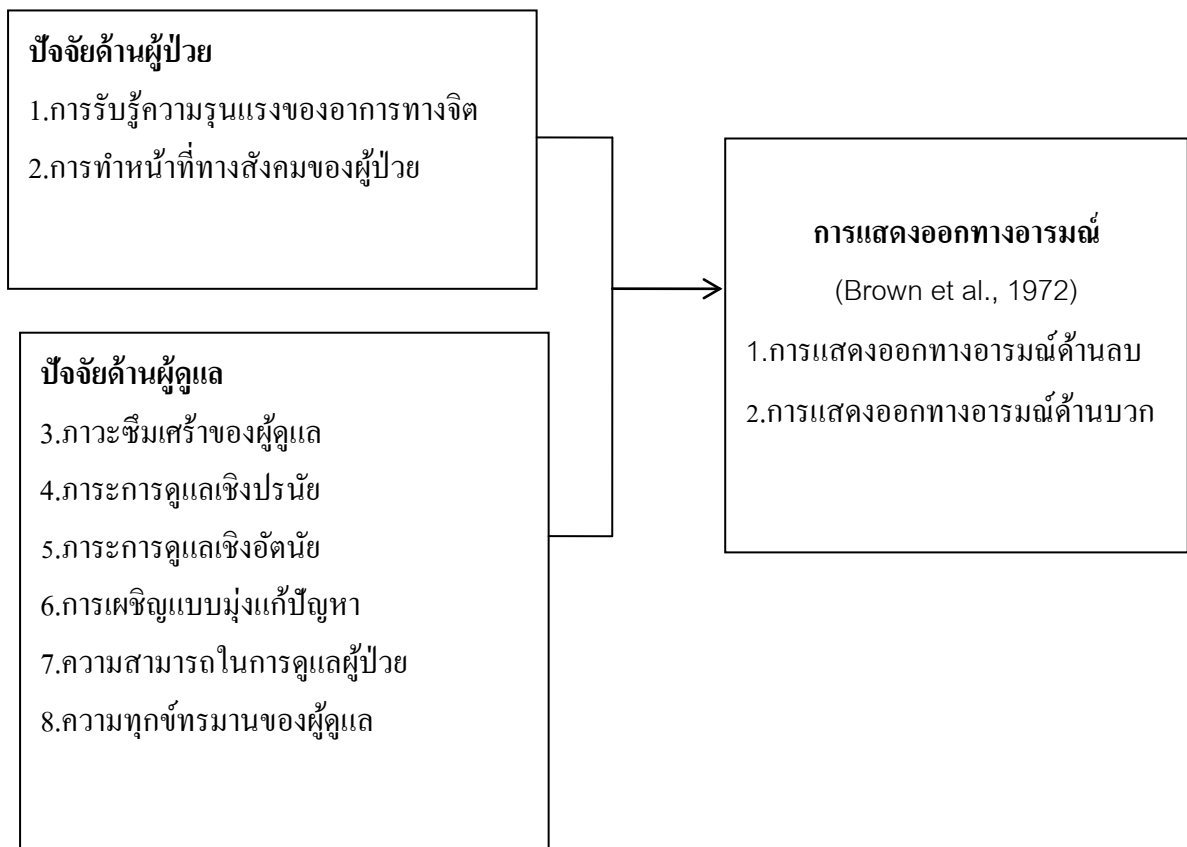
Ikram et al. (2011) ศึกษาอัตราการแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทใน
ประเทศปากีสถาน กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวจำนวน 32 ราย พบว่า มีการแสดงออกทาง
อารมณ์สูงร้อยละ 75 และพบว่ากลุ่มพฤติกรรมของผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์กับการแสดงความเป็น
มิตร และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางอารมณ์สูงในระดับการแสดงความ
ผูกพันที่มากเกินไปและการแสดงความเป็นมิตร และพบว่า ค่าคะแนนความไวที่ต่ำของเครื่องมือที่
แสดงว่าไม่เหมาะที่จะใช้ในประเทศปากีสถานที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม

Wasserman, Mamani and Suro (2012) ศึกษา ความละเอียดใจ การรู้สึกผิด และโทษตัวเอง
สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิก
ในครอบครัวทั้งหมด 72 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์ พบว่า มีคะแนน ความละเอียดใจ
รู้สึกผิดและโทษตัวเองสูง และยังพบว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกใน
ครอบครัวได้

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่าการแสดงออกทางอารมณ์
ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และเกิดการป่วยซ้ำในที่สุด การหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็ผู้ดูแล
มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมจะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็น
พยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าจะมีอำนาจในการทำนายปัจจัยการ
แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนจะเห็นได้ว่า การแสดงออกทาง
อารมณ์ที่เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยด้านผู้ป่วย เพื่อ
หาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแนวทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และด้านผู้ดูแล
เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการที่จะตัดสินใจในการรักษาดูแลผู้ป่วย จึงควรค้นหาปัจจัยที่สามารถจัด
กระทำนำผลที่ได้มาต่อยอดในการที่จะส่งเสริม ให้ความรู้ ให้แก่ผู้ดูแล ให้มีทัศนคติด้านบวกในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการลดปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก มีดังนี้

กรอบแนวคิด



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาถึงอำนาจในการทำนาย ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับ บริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค จิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ ที่ให้บริการจิตเวชผู้ใหญ่ จำนวน 12 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ดังนี้ ภาคใต้ 1 แห่ง ภาคกลาง 4 แห่ง ภาคเหนือ 1 แห่ง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่ สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากพอในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยอายุระหว่าง 20 – 59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ
3. สมจริตใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกไม่นำเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลที่มีโรคเรื้อรังใด ๆ และมีปัญหาสุขภาพ
2. เป็นผู้ดูแลที่ติดสารเสพติด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Power analysis โดยได้นำการศึกษาของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) มาร่วมในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คือ กำหนดค่าความสัมพันธ์ (r) 0.30 กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ 80% Alpha (α)= 0.01 (โคเฮน, 1988 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2551) มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 19.88% ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .01$ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 147 ราย เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้จะได้จำนวนตัวอย่างเพียงพอ จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 147 ราย ผู้วิจัยจึงได้ปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 (Lemeshow, Hosmer, Klar and Lwanga, 1990) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ 180 ราย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.แบ่งประเทศไทย ออกเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคใต้ 1 โรงพยาบาล ภาคกลาง 4 โรงพยาบาล ภาคเหนือ 1 โรงพยาบาล และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 โรงพยาบาล รวมทั้งหมด 12 โรงพยาบาล

2.คัดเลือกโรงพยาบาลซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละภาค โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 500 เตียงเป็นต้นไป หากภาคใดมีมากกว่า 2 โรงพยาบาลคัดมา 1 โรงพยาบาลเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม และคัดเลือกโรงพยาบาล 500 เตียงขึ้นไป เนื่องจากเป็นหน่วยประชากรที่มีขนาดใหญ่ มีความหลากหลายของประชากร ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

3.หาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กัน ดังนั้นแต่ละโรงพยาบาลจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้ $180/4 = 45$ คน

4.จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทั้ง 4 โรงพยาบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ และได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 15 มิถุนายน 2556 จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 180 ชุด

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละภาค(ปีงบประมาณ 2555)

โรงพยาบาล	จังหวัด	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ภาคใต้			
1. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	สุราษฎร์ธานี	500	45
ภาคกลาง			
2. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	กรุงเทพมหานคร	500	45
3. โรงพยาบาลศรีธัญญา	นนทบุรี	500	
4. สถาบันกัลยาธราชนครินทร์	กรุงเทพมหานคร	300	
5. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์	นครสวรรค์	300	
ภาคเหนือ			
6. โรงพยาบาลสวนปรุง	เชียงใหม่	700	45
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
7. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา	นครราชสีมา	300	
8. โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว	สระแก้ว	120	
9. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม	นครพนม	120	
10. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	อุบลราชธานี	500	45
11. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	ขอนแก่น	372	
12. โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	เลย	120	
รวม		4,322	180

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และลักษณะอาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{X}	จำนวน (n=180)	ร้อยละ
เพศ					
ชาย				55	30.60
หญิง				125	69.40
อายุ					
20 - 29 ปี	59	20	46.7	19	10.60
30 - 39 ปี				33	18.30
40 - 49 ปี				52	28.90
50 - 59 ปี				76	42.20
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
บิดา/มารดา				68	37.80
พี่น้อง				50	27.80
ลุง/ป้า/น้า/อา				5	2.80
บุตร				22	12.20
ภรรยา/สามี				30	16.70
อื่น ๆ ระบุ หลาน, สะใภ้, พี่เขย				5	2.80
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา				88	48.90
มัธยมศึกษา/ปวช.				51	28.30
อนุปริญญาตรี				13	7.20
ปริญญาตรี				22	12.20
สูงกว่าปริญญาตรี				-	-
ไม่ได้รับการศึกษา				6	3.30

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{X}	จำนวน (n=180)	ร้อยละ
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (เดือน)	444	6	86.95		
6 - 12				25	13.90
13 – 60				61	33.90
61-120				55	30.60
121 เดือนขึ้นไป				39	21.70
ลักษณะการทำงานหรืออาชีพ					
งานบ้าน				22	12.20
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ				10	5.60
เกษตรกร				60	33.30
รับจ้าง				44	24.40
ค้าขาย				23	12.80
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				14	7.80
อื่น ๆ				7	3.90

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.40 ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.20 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.70 ปี มีความสัมพันธ์เป็นบิดา-มารดา คิดเป็นร้อยละ 37.80 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.90 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อยู่ในช่วง 13- 60 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.90 เฉลี่ย 86.95 เดือน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 33.3

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{X}	จำนวน (n=180)	ร้อยละ
เพศ					
ชาย				119	66.10
หญิง				61	33.90
อายุ					
	79	18	38.34		
16 - 19 ปี				30	1.70
20 - 29 ปี				47	26.10
30 - 39 ปี				52	28.90
40 - 49 ปี				40	22.20
50 - 59 ปี				31	17.20
60 ขึ้นไป				7	3.90
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					
	500	6	124.22		
6 - 12 เดือน				12	6.70
13 - 60 เดือน				46	25.60
61-120 เดือน				58	32.20
121 เดือนขึ้นไป				64	35.60
สถานภาพสมรส					
คู่				43	23.90
โสด				105	58.30
หม้าย				5	2.8
หย่าร้าง				22	12.20
แยกกันอยู่				5	2.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	\bar{X}	จำนวน (n=180)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา				69	38.30
มัธยมศึกษา/ปวช.				82	45.60
อนุปริญญาตรี				11	6.10
ปริญญาตรี				10	5.60
สูงกว่าปริญญาตรี				1	0.60
ไม่ได้รับการศึกษา				3	1.70
ลักษณะการทำงานหรืออาชีพ					
งานบ้าน				12	6.70
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ				4	2.20
เกษตรกร				37	20.60
รับจ้าง				23	12.80
ค้าขาย				15	8.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ				85	47.20
อื่น ๆ				4	2.20

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.10 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.90 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง มากกว่า 120 เดือนขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.60 มีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.30 ระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.60 และด้านการทำงานของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 47.20

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 10 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และอาชีพของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในความดูแล เกี่ยวกับเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

ใช้ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการทางจิตของ Overall and Gorham (1962) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต ร่วมกับนำเครื่องมือประเมินอาการทางจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขมาเป็น โครงสร้างหลัก มีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ .83 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .86 โดยผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ การคิดคะแนนค่าคะแนนที่ได้มาแต่ละข้อมาจากความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประเมินค่าเชิงเส้นตรง ความยาว 10 เซนติเมตร ซึ่งมีคะแนนแต่ละข้อมีค่าเท่ากับ 0-10 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย

ใช้ของ ชัญญา คมขำ (2555) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม(Social Functioning Scale: SFS) ตามแนวคิดของ ของ Birchwood et al. (1990) โดย ชัญญา คมขำ (2555) ได้นำแบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม มาแปลแบบย้อนกลับ (BackTranslation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แล้วนำมาผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.8 แล้วนำไปปรับปรุงข้อคำถาม แล้วจึงทำการไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี จำนวน 30 คน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.94 ซึ่งความครอบคลุมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม, การสื่อสารระหว่างบุคคล, การมีกิจกรรมทางสังคม, กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ, ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง, ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง, การจ้างงาน/อาชีพถ้าทำงาน นำมาปรับใช้กับผู้ดูแล ได้เครื่องมือเป็นแบบวัดพฤติกรรมการทำงานหน้าที่ทางสังคมในด้านต่าง ๆ ทั้งหมด 7 ด้าน พิสัยของคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 ถึง 3 คือ

1. การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม มีข้อคำถาม 4 ข้อ มีค่าคะแนน 0-12 คะแนน

2. การสื่อสารระหว่างบุคคลมีข้อคำถาม 3 ข้อ มีขอให้คะแนน 3 ข้อ มีค่าคะแนน 0-9 คะแนน

3. การมีกิจกรรมทางสังคม มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าคะแนน 0-66 คะแนน

4. กิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ มีข้อคำถาม 6 ข้อ มีค่าคะแนน 0-45 คะแนน

5. ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 14 ข้อ มีค่าคะแนน 0-39 คะแนน

6. ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง มีข้อคำถาม 11 ข้อ มีค่าคะแนน 0-39 คะแนน

7. การจ้างงาน/อาชีพถ้าทำงาน มีข้อคำถาม 3 ข้อ มีการทำงานระดับคะแนน 7-10 คะแนน ถ้าไม่ได้ทำงาน ระดับคะแนน 0-6 คะแนน

รวมข้อคำถาม 51 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด = 153 คะแนน โดยนำคะแนนไปเทียบกับ Raw Scores ในตารางแปลผลคะแนนได้ตามค่าคะแนนดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 56 คะแนน ทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้ระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 57 - 76 คะแนน ทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้ปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง 77 - 96 คะแนน ทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้ดี

คะแนนอยู่ในช่วง 97 - 153 คะแนน ทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้ดีมาก

ส่วนที่ 5 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ใช้ของปาณิสรา เกษมสุข (2551) ตามแนวคิดของ Beck (1976) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดยมุกดา ศรียงค์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ ต่อมา ชวนชม วงศ์ไชย (2546) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 10 คน และปาณิสรา เกษมสุข (2551) นำมาประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินในแต่ละข้อว่าตนเองมีความรู้สึก และความนึกคิดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยว่าตรง หรือใกล้เคียงความรู้สึกใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีค่าคะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยนับคะแนนในทุกข้อคำถาม ทั้ง 21 ข้อ รวมกัน และแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ดังนี้

0-11 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (Normal)

11-16 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild depression)

17-20 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression)

21-30 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression)

30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาระการดูแล ใช้ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งนพรัตน์ ไชยธานี (2544) นำมาดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย แล้วทำการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 คน ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ นำผลมาวิเคราะห์ กำหนดเนื้อหาของคำถามตามข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นหลัก ได้ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ข้อคำถามเชิงปรนัย 12 ข้อ และข้อคำถามเชิงอัตนัย 12 ข้อ หากค่าความตรงตามเนื้อหา โดยรวมเท่ากับ 1 และหากค่าความเที่ยงแยกตามรายด้าน เท่ากับ .89, .88 ตามลำดับ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการวัดรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้านของผู้ดูแลขณะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรม ในสังคมลดลงหน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมดการประเมินภาระจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ 1.0 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .89 โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถามดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน
มาก	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อ ความในแต่ละข้อคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	49 – 60 หมายถึง	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	39 – 48 หมายถึง	มีภาระในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	30– 38 หมายถึง	มีภาระในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	21 – 29 หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	12 – 20 หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

2.ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และ ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11 และ 12 ค่าความตรงตามเนื้อหาของ

เครื่องมือ 1.0 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .88 โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน
มาก	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อ ความในแต่ละข้อคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	49 – 60 หมายถึง	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	39 – 48 หมายถึง	มีภาระในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	30 – 38 หมายถึง	มีภาระในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	21 – 29 หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	12 – 20 หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

ส่วนที่ 7 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ใช้ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงขึ้นจากแบบวัดการเผชิญความเครียด ของดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ตามกรอบแนวคิดของ Jalowich (1983) มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.80 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.74 เครื่องมือเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกได้ 1 คำตอบ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนมารวมกัน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสม คะแนนต่ำ หมายถึง มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาด้านลบ

ส่วนที่ 8 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ตามแนวคิดของ Denyes and Filday (1986) มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.95 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.78 ซึ่งครอบคลุมความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความแข็งแกร่งด้านร่างกาย และด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับประกอบด้วยข้อคำถาม 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 นำคะแนนรวมมาวิเคราะห์พิจารณาตามเกณฑ์มาตราวัด 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อและแบ่งเป็น 5 ช่วง โดยคะแนนสูงหมายถึงผู้ดูแลความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก คะแนนต่ำหมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภตน้อย

ส่วนที่ 9 แบบวัดความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล ใช้ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ความทุกข์ทรมาน ทางด้านร่างกาย และด้านทางจิตใจที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.87 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.86 เครื่องมือเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5

ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกได้ 1 คำตอบ เกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

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 10 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ใช้ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยของ Sunpavervong (2006) ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบการแสดงอารมณ์ 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ 20 ข้อ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .76

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

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีความหมายดังนี้

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

2.การแสดงผลทางอารมณ์ด้านบวก 14 ข้อ ได้แก่ การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .89

เป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ 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 แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีความหมายดังนี้

1.00-1.49 หมายถึง มีการแสดงผลทางอารมณ์เหมาะสมมาก

1.50-2.49 หมายถึง มีการแสดงผลทางอารมณ์เหมาะสม

2.50-3.49 หมายถึง มีการแสดงผลทางอารมณ์ไม่เหมาะสม

3.50-4.00 หมายถึง มีการแสดงผลทางอารมณ์ที่ต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ดัดแปลงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความความคิดเห็นเป็นระดับ 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

1 คะแนน หมายถึงคำถามในข้อนั้น ๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

2 คะแนน หมายถึงคำถามในข้อนั้น ๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย

3 คะแนน หมายถึงคำถามในข้อนี้ ๆ ก่อนข้อสอบคล้อยกับคำนิยาม

4 คะแนน หมายถึงคำถามในข้อนี้ ๆ สอบคล้อยกับคำนิยามมาก

และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะ 2 ประเด็นดังนี้

1. การเพิ่มเติมข้อคำตอบในคำถามที่เป็นเป็นตัวเลือก

1.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ควรปรับปรุงข้อคำถามที่ 3, 4, 6

1.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ควรปรับปรุง ข้อคำถามข้อที่ 3, 4, 5

2. ความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่า จำนวนข้อเยอะไปควรปรับให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง ปรับข้อคำถามบางข้อให้กระชับ และรวมคำถามบางข้อ เพื่อให้เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ข้อคำถามมีจำนวนมากควรปรับให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง ควรตัดคำถามบางข้อ และรวมข้อคำถาม เพื่อให้ข้อคำถามกระชับ ไม่ซ้ำซ้อน และเข้าใจง่ายในบริบทไทย โดยมีการปรับปรุงของคำถามดังนี้

ด้านโดยด้านการถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม

ตัดคำถามข้อ 2 “โดยเฉลี่ยในหนึ่งวัน ผู้ป่วยใช้เวลาคนเดียวมานานเท่าไร” เหตุผลที่ตัดข้อคำถามคือ ใน 1 วัน ผู้ป่วยอยู่คนเดียว หรืออาจมีกิจกรรมที่ต้องอยู่คนเดียวอาจมากกว่า 12 ชม.

ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล

ตัดคำถามข้อ 1 ออก เหตุผลที่ตัดเนื่องจากเป็นข้อคำถามว่ามีผู้ดูแลหรือไม่ ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ศึกษาในผู้ดูแลจึงไม่ต้องใช้คำถามนี้

ด้านการทำหน้าที่โดยอิสระในการพึ่งพาตนเอง

ตัดคำถามข้อ 11 “ผู้ป่วยสามารถทำบัญชีรายรับรายจ่ายของตนเอง/ครอบครัว” เนื่องจากข้อคำถามนี้ยากเกินไป และบริบทไทยมีการทำบัญชีน้อยมาก หรือแทบจะไม่พบในผู้ป่วยจิตเภทเลย

รวมคำถามข้อ 2 ผู้ป่วยเก็บและล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ และข้อ 4 ผู้ป่วยซักเสื้อผ้าของตนเอง เหตุผลที่ตัดข้อคำถามเนื่องจาก มีความซ้ำซ้อนในข้อคำถาม ปรับปรุงเป็นข้อคำถามข้อ 2 “ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดเสื้อผ้าและเครื่องใช้ให้สะอาดได้”

รวมคำถามข้อ 6 หาซื้ออาหารเองได้ และข้อคำถามข้อที่ 7 จัดหาและ/หาซื้อประกอบอาหารรับประทานเอง เป็นข้อคำถามข้อที่ 5 “ผู้ป่วยหาซื้ออาหารหรือทำอาหารรับประทานเองได้”

ด้านนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ

ตัดคำถามข้อ 11 ผู้ป่วยนั่งรถยนต์ หรือขับรถเที่ยว ชี้จักรยานเพื่อพักผ่อนหย่อนใจเนื่องจากผู้ป่วยอาจจะมีข้อจำกัดเรื่องรับประทานยาแล้วง่วงนอน บริบทสังคมไทยมีน้อยที่จะให้ผู้ป่วยขี่รถ และผู้ป่วยบ้างรายไม่มียานพาหนะ, ข้อ 14 ผู้ป่วยทำงานอดิเรก (เช่นสะสมสิ่งของ) ผู้ป่วยจิตเภทอาจสะสมของค่านับ

ปรับคำถามข้อ 3 ทำไร่ ทำสวน เป็นข้อคำถามข้อ 1 “ผู้ป่วยปลูกต้นไม้ ทำไร่ ทำสวน”

รวมคำถามข้อ 1 ผู้ป่วยเล่นดนตรี, ข้อ 2 เย็บปักถักร้อย และข้อ 15 กิจกรรม ด้านศิลปะ เช่น ภาวาด, งานฝีมือ ฯลฯ ปรับปรุงเป็นคำถามข้อ 6 “ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้านศิลปะ เช่น วาดภาพ, งานฝีมือ เล่นดนตรี เย็บปักถักร้อย”

รวมคำถามข้อ 4 ผู้ป่วยอ่านหนังสือ, ข้อ 5 ผู้ป่วยดูโทรทัศน์ และข้อ 6 ผู้ป่วยฟังวิทยุ เป็นข้อคำถามข้อ 2 “ผู้ป่วยอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ”

รวมคำถามข้อ 10 ผู้ป่วยเดินเล่น และข้อ 12 ผู้ป่วยว่ายน้ำ หรือเล่นกีฬา ออกกำลังกาย เป็นคำถามข้อ 5 “ผู้ป่วยเดินเล่น ว่ายน้ำ หรือเล่นกีฬาออกกำลังกาย

ด้านกิจกรรมทางสังคม

ตัดคำถามข้อ 5 ผู้ป่วยไปห้องสมุดประจำหมู่บ้านในชุมชน, ข้อ 6 ผู้ป่วยร่วมงานแสดงนิทรรศการต่าง ๆ, ข้อ 15 ผู้ป่วยไปร้านเต็นท์รา ดิสโก้ หรือคาราโอเกะ , ข้อ 16 ผู้ป่วยไปในคลับชมรมทางสังคมต่าง ๆ, ข้อ 21 ผู้ป่วยไปรับประทานอาหารนอกบ้าน

ปรับคำถามข้อ 22 ทำกิจกรรมทางศาสนา เป็น คำถามข้อ 15 “ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมทางศาสนา”

รวมคำถามข้อ 1 ผู้ป่วยไปดูภาพยนตร์กับเพื่อน และคำถามข้อ 2 ผู้ป่วยไปดูละคร ดูลิเก หรือคอนเสิร์ต เป็น คำถามข้อ 1 “ ผู้ป่วยไปดูภาพยนตร์ ลิเก ดนตรี กับเพื่อน”

รวมคำถามข้อ 8 ผู้ป่วยพูดคุย พบปะกับเพื่อน, คำถามข้อ 10 ผู้ป่วยไปเยี่ยมญาติ และคำถามข้อ 12 ผู้ป่วยไปเยี่ยมเพื่อนหรือแฟน เป็นคำถามข้อ 7 “ผู้ป่วยไปเยี่ยมญาติ เพื่อนหรือแฟน”

ด้านความสามารถในการพึ่งพาตนเอง

ตัดคำถามข้อ 3 ผู้ป่วยมีการทำงานบัญชีรายรับ รายจ่ายของตนเอง

รวมคำถามข้อ 5 ผู้ป่วยไปซื้อของตามร้านสะดวกซื้อหรือห้างสรรพสินค้า ข้อ 10 ผู้ป่วยไปซื้อของจากร้านค้าใกล้บ้าน ปรับเป็นข้อ 8 ผู้ป่วยไปซื้อของจากร้านค้าใกล้บ้านได้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัย

คำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544) ดังนี้

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

หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยพบว่า แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาไม่น้อยกว่า 0.80 จึงได้ปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เครื่องมือทุกชนิดความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่าเท่ากับ .89

2.การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 30 คน

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วลงคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ในส่วนของ แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงปรณัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล พบว่า แบบประเมินทั้ง 8 ต่างก็มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) มากกว่า .80 ขึ้นไป เป็นค่าที่ยอมรับได้ รายละเอียดค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเสนอตารางดังนี้

ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.88
การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย	.85
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	.87
ภาระการดูแล	
เชิงอัตนัย	.93
เชิงปรนัย	.92
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	.86
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.91
ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล	.82
การแสดงออกทางอารมณ์	
ด้านลบ	.87
ด้านบวก	.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เพื่ออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแล้ว ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของทั้ง 4 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

3. ภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เก็บรวบรวมข้อมูลของทั้ง 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยขอพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของทั้ง 4

โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย การขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย การให้ความร่วมมือในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยเลือกพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่สนใจ จำนวน 4 คน โดยเลือกผู้ช่วยวิจัยที่สามารถพูดภาษาไทยอีสานได้ 1 คน เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เลือกผู้ช่วยวิจัยที่พูดภาษาไทยเหนือได้ 1 คน ช่วยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสวนปรุง และผู้ช่วยวิจัยที่สามารถพูดภาษาไทยได้ 1 คน เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจำนวน 1 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ร่วมเก็บรวบรวมกับผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยเก็บด้วยทุกแห่ง เพื่อร่วมเก็บข้อมูลและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ของผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งการนำเครื่องมือไปใช้ ความหมายของการให้คะแนนของเครื่องมือทุกส่วน การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินไปในแนวทางเดียวกัน

4.2 เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้

4.3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยการ แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบว่ามีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ หากไม่พอใจกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงความยินยอมมาเข้าร่วมวิจัย

4.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 50 นาที ทั้งหมด 10 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 205 ข้อ ขณะเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการร้องไห้บางส่วน เมื่อสอบถามถึงความพร้อมผู้ดูแลบอกได้ว่ามีความพร้อมที่จะตอบต่ออยากที่จะระบายความรู้สึกทุกข้อใจในการดูแล

4.5 หลังเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 180 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์แล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัย ซึ่งคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการทำงานหรืออาชีพ ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะเวลาการดูแล จำนวน ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนตามแนวคิดของ Brown et al. (1972)

3. วิเคราะห์การทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ ด้วยตัวแปรปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลทุกข์ทรมานของผู้ดูแล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และเสนอสมการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จากกลุ่มตัวอย่าง 180 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรู้แรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงประนัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแล และทุกซ์ทรมานของผู้ดูแล จำนวนทั้งหมด 205 ข้อ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรู้แรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงประนัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ ความทุกซ์ทรมานของผู้ดูแล

ตอนที่ 2 การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทวิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรเกณฑ์ และสร้างสมการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 1 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปร การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงประนัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงประนัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Range	\bar{X}	SD
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	180	21.00-125.00	64.90	26.14
การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยของผู้ป่วย	153	9.00-143.00	88.18	28.9
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	63	0.00-29.00	7.57	6.54
ภาระการดูแลเชิงประนัย	60	13.00-47.00	28.10	7.85
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	60	12.00-52.00	23.66	10.41
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	48	12.00-48.00	37.20	7.27
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	90	12.00-90.00	49.84	21.80
ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล	80	16.00-66.00	29.31	10.69

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มีคะแนนอยู่ในช่วง 21.00-125.00คะแนน คะแนนเฉลี่ย 64.90 คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยของผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในช่วง 9.00-143.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 88.18 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล มีคะแนนอยู่ในช่วง 0.00-29.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 7.57 มีภาระการดูแลเชิงประนัย มีคะแนนอยู่ในช่วง 13.00-47.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 28.10 ภาระการดูแลเชิงอัตนัย มีคะแนนอยู่ในช่วง 12.00-52.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 23.66 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในช่วง 12.00-48.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 37.20 คะแนน ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในช่วง 12.00-90.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 49.84 คะแนนและความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล มีคะแนนอยู่ในช่วง 16.00-66.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 29.31 คะแนน

ตอนที่ 2 การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความถี่ร้อยละ ของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ระดับคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

ตัวแปร	จำนวน (n=180)	ร้อยละ	Max	Min	\bar{X}	SD
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ						
(การวิพากษ์วิจารณ์, การแสดงความเป็นมิตร, ความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป)			3.20	1.00	1.90	0.51
เหมาะสมมาก (1.00-1.49)	42	13.34				
เหมาะสม (1.50-2.49)	114	63.33				
ไม่เหมาะสม (2.50-3.49)	24	23.33				
ต้องปรับปรุง (3.50-4.00)	0	0				
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก						
(การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร, การแสดงความรู้สึกชื่นชม)			4.00	1.00	1.69	0.88
ต้องปรับปรุง (3.50-4.00)	3	1.67				
ไม่เหมาะสม (2.50-3.49)	3	1.673				
เหมาะสม (1.50-2.49)	91	50.55				
เหมาะสมมาก (1.00-1.49)	83	46.11				
รวม	180	100				

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับเหมาะสม มีจำนวนสูงสุดจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 23.33 โดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ อยู่ในช่วง 1.00-3.20 คะแนน โดยมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 3.20 ค่าคะแนนต่ำสุดคือ 1.00 และคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเฉลี่ย 1.90 คะแนน อยู่ในระดับเหมาะสม

และพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับเหมาะสม มีจำนวนสูงสุด จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 50.55

รองลงมาคือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 46.11 โดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก อยู่ในช่วง 1.00-4.00คะแนน โดยมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 4.00 คะแนนต่ำสุด คือ 1.00 และคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเฉลี่ย 1.69 คะแนนอยู่ในระดับเหมาะสม

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรเกณฑ์ และสร้างสมการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาวะการดูแลเชิงปรณัย ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	inappro.EE	Symp.	Funct.	depress	obj.	subj.	Coping	Care	suffer
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ									
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.340**								
การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย	-.177*	-.410**							
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	.412**	.284**	-.173*						
ภาวะการดูแล									
เชิงปรณัย	.390	.479**	-.256**	.318**					
อัตนัย	.482**	.424**	-.209**	.461**	.570**				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	-.308**	-.083	.108	-.172*	-.059	-.045			
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	-.051	.050	.038	.001	-.048	.052	.338**		
ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล	.408**	.329**	-.194**	.448**	.405**	.481**	-.072	-.092	

จากตารางที่ 7 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต($r=.340, p<.05$) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล($r=.412, p<.05$) และภาวะการดูแลเชิงอัตนัย($r=.482, p<.05$) ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล($r=.408, p<.05$) และตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ($r=-.308, p<.05$) และตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการแสดงออกทางอารมณ์ คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ($r=-.177, p<.05$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุดคือ การรับรู้

ความรุนแรงของอาการทางจิตกับภาวะการดูแลเชิงอัตนัย($r=.479, p<.05$) และพบว่าตัวแปรทำนายที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ คือ ภาวะการดูแลเชิงปรนัย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวทำนาย	R	R^2	R^2 change	p-value
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	.482	.232	.232	.000
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย, การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	.560	.314	.082	.000
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย, การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา, ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล	.590	.348	.034	.000
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย, การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา, ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล, ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	.602	.362	.054	.000

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบว่าเชิงอัตนัย อธิบายความแปรปรวนของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการทำนาย (R^2) เท่ากับ .232 แสดงว่าภาวะการดูแลเชิงอัตนัยสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ ร้อยละ 23.2

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเข้าไป ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.4 ($R^2=.314$) สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 31.4 โดยที่เมื่อเพิ่มการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเข้าไปจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.2 (R^2 change= .082)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวทำนายความทุกข์ทรมานเข้าไป ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .299 ($R^2 = .299$) สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ร้อยละ 29.9 โดยที่เมื่อเพิ่มตัวแปรความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลเข้าไป จะสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 ($R^2 \text{ change} = .021$)

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเข้าไป ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 36.2 ($R^2 = .362$) สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ ร้อยละ 36.2 โดยที่เมื่อเพิ่มตัวแปรความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลเข้าไป จะสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.4 ($R^2 \text{ change} = .054$)

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตัวทำนาย	b	S.E.b	Beta	p-value
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	.374	.084	.322	.000
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	-.361	.086	-.257	.000
ความทุกข์ทรมาน	.163	.069	.171	.000
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	.223	.113	.143	.000

R=.602 $R^2 = .362$ F= 24.877 Constant= 33.858

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรทำนายที่มีค่าสูงสุดคือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย (Beta=.322) รองลงมาคือการเผชิญความเครียดแบบ

มุ่งแก้ปัญหา(Beta=-.257)การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (Beta= .171) และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (Beta= .143) ตามลำดับ แสดงว่าภาระการดูแลเชิงอัตนัย เป็นตัวแปรอันดับแรกที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล โดยสามารถสร้างสมการการแสดงผลออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y_{\text{การแสดงผลออกทางอารมณ์ด้านลบ}} = 33.858 + .374X_{\text{ภาระการดูแลเชิงอัตนัย}} - .361X_{\text{การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา}} + .163X_{\text{ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล}} + .223X_{\text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล}}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{การแสดงผลออกทางอารมณ์ด้านลบ}} = .322Z_{\text{ภาระการดูแลเชิงอัตนัย}} - .257Z_{\text{การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา}} + .171Z_{\text{ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล}} + .143Z_{\text{ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล}}$$

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงปรนัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

ตัวแปร	appro. EE	symp.	Funct.	depress	Obj.	subj.	Coping	Care	suffer
การแสดงผลออกทางอารมณ์ด้านบวก									
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.144								
การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย	.051	-.410**							
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	.053	.284**	-.173*						
ภาระการดูแล									
ปรนัย	.139	.479**	-.256**	.318**					
อัตนัย	.053	.427**	-.209**	.461**	.570**				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	-.205**	-.083	.108	-.172*	-.059	-.045			
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	-.444**	.050	.038	.001	-.048	.052	.338**		
ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล	.070	.329**	-.194**	.448**	.405**	.418**	-.072	-.092	

จากตารางที่ 10 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ($r=-.205, p<.05$) และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ดูแลในครอบครัว ($r=-.444, p<.05$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย และพบว่าตัวแปรทำนายที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงปรณัย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวทำนาย	R	R^2	R^2 change	p-value
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.444	.198	.198	.000
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท, การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.468	.219	.022	.000

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อธิบายความแปรปรวนของการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าอำนาจการทำนาย (R^2) เท่ากับ .198 แสดงว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ร้อยละ 19.8 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตเข้าไป ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .219 ($R^2=.219$) สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 2.2 (R^2 change= .022)

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b

ตัวทำนาย	b	S.E. _b	Beta	p-value
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-.266	.040	-.446	.000
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.033	.055	.148	.000
R=.468 R ² = .219 F= 24.885 Constant= 37.129				

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรทำนายที่มีค่าสูงสุด คือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Beta=-.446) รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (Beta= .148) แสดงว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอันดับแรกในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต โดยสามารถสร้างสมการการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$Y \text{ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก} = 37.129 - .266X_{\text{ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท}} + .33X_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต}}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z \text{ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก} = -.446Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต}} + .148Z_{\text{ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท}}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการ
แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้าน
ผู้ดูแล ที่ร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก
ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วย จิตเภทจาก ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทาง
สังคมของผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงปรณัย ภาระการ
ดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ
ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย
นอกโรงพยาบาลของกลุ่มสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20-59
ปี ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่น้อยกว่า 6 เดือนและดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และมารับบริการแบบ
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 180 คน วิธีการ
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยอายุระหว่าง 20 – 59 ปีทั้งเพศชายและเพศ
หญิง

2. เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร
หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า
เป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาก
ที่สุดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ

3. สมจริตใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกไม่นำเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลที่มีโรคเรื้อรังใด ๆ และมีปัญหาสุขภาพ
2. เป็นผู้ดูแลที่คิดสารเสพติด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 10 ส่วน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในครอบครัว แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าของ ภาวะการดูแลภาวะเชิงปรนัย และภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่ง แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนหลังจากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ทุกชุดละส่วนมีดังนี้ แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล แบบประเมินภาวะการดูแลเชิงปรนัย และภาวะการดูแลเชิงอัตนัย แบบประเมินการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความทุกข์ทรมานของครอบครัว แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก เท่ากับ 0.88, 0.85, 0.87, 0.93, 0.92, 0.86, 0.91, 0.82, 0.87, 0.85 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

- 1.วิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก
- 2.วิเคราะห์อำนาจทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวด้านลบ รายด้าน ดังนี้ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการดูแลเชิงปรนัย ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์ทรมาน

- 3.วิเคราะห์อำนาจทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวด้านบวก รายด้าน ดังนี้ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการดูแลเชิงปรนัย ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความทุกข์
ทรมาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 4 ท่านเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 180 คน ใช้
เวลาในการเก็บข้อมูลแต่ละ ประมาณ 4-5 วัน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 15 มิถุนายน 2556 รวม
เป็น 6 สัปดาห์ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ 180 ชุด

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตมี
ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.90 (S.D.= 26.14) การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ย
88.18 (S.D. = 28.9) คะแนนอยู่ในระดับการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลค่า
คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.57 (S.D.= 6.54) พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับปกติ ภาวะการดูแลเชิง
ปรนัยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.10 (S.D.=7.85) พบว่าคะแนนการดูแลอยู่ในระดับน้อย ภาวะ
เชิงอัตนัยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.66 (S.D.=10.41) พบว่าคะแนนการดูแลอยู่ในระดับน้อย
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.20 (S.D.= 7.27) ความสามารถในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนโดยเฉลี่ย 49.84 (S.D.=21.80) ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล มีค่า
คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.31 (S.D.=10.69)

2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทด้านลบ และการ
แสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

2.1 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับ
เหมาะสม มีจำนวนสูงสุดจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ มีการแสดงออกทาง
อารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 23.33 โดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ อยู่ในช่วง 1.00-3.20 คะแนน โดยมีค่าคะแนนสูงสุด
คือ 3.20 ค่าคะแนนต่ำสุดคือ 1.00 และคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเฉลี่ย 1.90 คะแนน
อยู่ในระดับเหมาะสม

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีระดับการแสดงออกทาง
อารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับเหมาะสม มีจำนวนสูงสุด จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 50.55
รองลงมาคือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับเหมาะสมมาก คิดเป็นร้อยละ 46.11

โดยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก อยู่ในช่วง 1.00-4.00คะแนน โดยมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 4.00 คะแนนต่ำสุด คือ 1.00 และคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเฉลี่ย 1.69 คะแนนอยู่ในระดับเหมาะสม

3. ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ โดยการเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

3.1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ โดยการเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้านลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ภาวะการดูแลเชิงอ้อม การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมาน และภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าอำนาจการทำนาย (R^2) เท่ากับ .322, -.257, .171 และ .143 ตามลำดับ

3.2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ โดยการเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้านบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต โดยมีค่าอำนาจการทำนาย (R^2) เท่ากับ .198 และ .219 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายเรียงลำดับดังนี้

1. ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1.1 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1.2 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2. ความสามารถของตัวแปรแต่ละตัวในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1.1 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับเหมาะสม มีจำนวนสูงที่สุดจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเฉลี่ย 1.90 คะแนน

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสม มีจำนวนสูงสุด 137 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.60 โดยมีค่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเฉลี่ย 1.89 คะแนน ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลยังมีปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในด้านลบ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มากจนเกินไปถือว่าอยู่ในระดับที่เหมาะสม ทั้งนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจพบกับอาการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาของผู้ป่วย ในบางครั้งอาจมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น อารมณ์หงุดหงิด เปลี่ยนแปลงง่าย หรือพฤติกรรมแปลก ๆ ไปจากเดิม เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกยุ่งยากในการที่จัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และนำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ทางด้านลบบ้าง และบางครั้งเมื่อผู้ป่วยอาการสงบ ผู้ดูแลก็จะสามารถพูดคุย ให้คำแนะนำ และให้การดูแลใกล้ชิดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ประอรนุช ตูลยาทร (2538) ที่พบว่าผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใกล้และให้การดูแลในเรื่องต่างๆ ได้ นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นบิดา มารดา ร้อยละ 37.80 สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนารถ สุวลักษณ์ (2546) ที่พบว่าบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ และภรรยาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าบุคคลอื่น ๆ อาจเป็นเพราะมีความผูกพันใกล้ชิดมากกว่า และสะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมไทยที่ครอบครัวยังคงดูแลบุคคลที่อ่อนแอเจ็บป่วย ไม่ทอดทิ้งหรือละทิ้งแม้จะต้องเผชิญความเครียดในการดูแลบุคคลกลุ่มนี้ และผู้ดูแลทำหน้าที่ในการดูแลอย่างมีคุณภาพ

1.2 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกใน

ระดับเหมาะสม มีจำนวนสูงที่สุดจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 50.55 และคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเฉลี่ย 1.69 คะแนน

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเหมาะสม มีจำนวนสูงสุด 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.90 โดยมีค่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเฉลี่ย 1.63 คะแนน และพบว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีนโยบายพัฒนาระบบบริการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับบริการที่เหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2554) ซึ่งได้รับการส่งเสริมให้ความรู้ และผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการใช้ทักษะ และปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ยอมรับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น (Moore, 1990) และยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเมตตา กรุณา ต่อผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง ไม่กล่าวโทษ หรือโยนความผิดให้ญาติคนใดคนหนึ่ง เพราะเชื่อว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากเรื่องเหนือธรรมชาติที่ยากเกินควบคุม ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจขึ้น และเชื่อเรื่องกรรมยังทำให้ญาติยอมรับผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นและไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น โดยกล่าวว่า เป็นกรรมเป็นเวรของตน เพื่อรักษาสภาพจิตใจที่สั่นคลอนให้กลับสู่สภาพสมดุล การรับรู้เรื่องกรรมอาจเป็นตัวชะลอความเครียด ความคาดหวัง และความต้องการ เมื่อเป็นเช่นนี้ กรรมก็มีส่วนช่วยให้คนสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (ปรีชา อุปโยคิน อ้างถึงในอภิรัช มงคลและคณะ, 2544) อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับที่เหมาะสม

2.ความสามารถของตัวแปรแต่ละตัวในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยผู้วิจัยขออภิปรายเรียงลำดับดังนี้

ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ (Beta=.322) สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ร้อยละ 23.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Martyns-Yellowe, (1992) จึงอธิบายได้ว่าการมีภาวะการดูแลเชิงอัตนัย สามารถ

ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ที่ด้านลบได้ เนื่องจาก การการดูแลเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะคิด หรือ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ในด้านลบของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ดูแล Montgomery et al., (1985) และการศึกษาของ Magliano et al., (1998) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะเชิงอัตนัยสูงถึงร้อยละ 47 และจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตขาดอิสระ และการบริหารเวลาถูกรบกวน ก่อให้เกิดภาวะการดูแล ดังนั้น หากผู้ดูแลรู้สึกและแสดงถึงความยากลำบาก กัดค้น ในการดูแลผู้ป่วยแล้วเกิดความรู้สึกเป็นภาระ และอาจนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย ไม่ดูแลในเรื่องการรับประทานยา การไม่ไปตามนัด เป็นต้น โดยเฉพาะ ผู้ดูแลที่ดูแลเพียงลำพัง จะรู้สึกยุ่งยากหรือเครียดในการดูแล ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995 and Thomson et al., 1993) หากไม่ได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว หรือเกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล เศร้า และเกิดความรู้สึกเครียด (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ดังเช่น การศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อตรงการรับรู้ภาวะ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำ จะใช้วิธีเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ด้วยเหตุนี้ตัวแปรภาวะการดูแลเชิงอัตนัยจึงสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา พบว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ (Beta=-.361) สามารถอธิบายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ร้อยละ 31.4 ซึ่งพบการศึกษาถึงปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่าเกิดจากบุคลิกของผู้ดูแลเอง ที่มีนิสัยของตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท และขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อดูแลโรคจิตเภทเกินจริง (Weisman et al., 1998; Karanci and Indialar, 2002) ทำให้มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาในระดับต่ำ (Solomon and Draine, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall and Docherty (2000) ที่พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบิดา มารดา มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการแสดงออกทางอารมณ์ และการศึกษาของ Karanci and Indialar (2000) พบว่า ผู้ดูแลขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Brown and Birley, 1972) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร(2549) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบ

ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล พบว่า สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ (Beta=.163) สามารถอธิบายได้ว่า ความทุกข์ทรมาน เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ร้อยละ 34.8 ซึ่งความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ ถูกบีบบังคับ ความคับข้องใจ ความไม่สุขสบายทางจิตใจต่าง ๆ ทางร่างกายที่มีผลจากความไม่สุขสบายทางจิตใจ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย (McCorkle and Quint-Benoliel, 1983) จากการศึกษาของ Shimodera et al. (2000) พบว่าความทุกข์ทรมานในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ และการประเมินประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของครอบครัว พบว่า ครอบครัวมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง (Addington et al., 2005) ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงอารมณ์ของผู้ดูแล ที่มีความทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วยสูง ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Barrowclough and Parle, 1997) ทั้งนี้ หากความทุกข์ทรมานดังกล่าวได้ถูกระงับให้ลดลง จะส่งผลต่อผู้ดูแลให้มีความรู้สึกที่ดีขึ้น และสามารถให้การดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ ด้วยเหตุนี้ ตัวแปรความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลจึงสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล พบว่า สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ (Beta=.143) ภาวะซึมเศร้า เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ร้อยละ 36.2 อธิบายได้ว่า จากการศึกษาของ Beck et al. (1961) ภาวะซึมเศร้า มีหลายมิติ ได้แก่ การรับรู้ อารมณ์ แรงจูงใจ และประสบการณ์ทางกาย โดยสิ่งที่พบที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ดูแล คือ ความคิดด้านลบว่าตนเองไร้ค่า ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง นอกจากนี้การศึกษาของ ชวนชม วงศ์ไชย (2546) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป สูงถึง 56.52 โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดด้านลบ หลายประการ เช่น คิดว่าการดูแลผู้ป่วยเต็มไปด้วยอุปสรรค รักษาไม่หายขาด ทำให้ท้อแท้ หดหวัง และส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967; วนิดา เปรียญจุม, 2546) นอกจากนี้การศึกษาของ Wasserman, Mamani and Suro (2012) ที่พบว่า ผู้ดูแล ละอายใจ ความรู้สึกผิด และโทษตนเอง ซึ่งเป็นอีกนัยหนึ่งของภาวะซึมเศร้า มีอำนาจในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungbauer et al. (2003) ที่ผู้ดูแลมีคิดด้านลบต่อตนเอง เช่น โทษตนเองว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต คิดว่าตนเองไร้คุณค่า นอกจากนี้ผู้ดูแลยังคิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคมเพราะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าจะพบว่ามีอาการสำคัญ คือ

ความสิ้นหวัง (Chou, Liu, Chu, 2002) ด้วยเหตุนี้ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลจึงสามารถทำนายการ แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

2.2 ตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีทั้งหมด 2 ตัวแปร คือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ซึ่งเป็นไปตาม สมมุติฐานการวิจัย โดยสามารถอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย พบว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตได้ (Beta = -.446) มีความสัมพันธ์ทางลบ สามารถอธิบาย ได้ว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลการแสดงออกทางอารมณ์บวกของ ผู้ดูแลในครอบครัวได้ ร้อยละ 19.8 พบว่าแตกต่างกับการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่มี ความสัมพันธ์ทางลบ อธิบายได้ว่าทั้งนี้จากการศึกษาของ นิสากร แก้วพิลา (2544) พบว่า ผู้ดูแลมี ความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =2.55, SD = .20) หากผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย และความเครียด ที่เกิด จากภาระในการดูแลผู้ป่วยจึงลดลงตามมา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ซึ่ง จากการศึกษารุ่นนี้พบว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลแต่มี ความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการดูแลผู้ป่วยน้อย แต่ก็มีความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ อาจเป็นเพราะการมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมาแล้วนั้น อาจจะเป็นประสบการณ์ การลองผิดลองถูกจนสามารถเรียนรู้วิถีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยของตนเองได้ในที่สุด ซึ่งมี รายงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตจะตื่นตัวอยู่เสมอ พยายามใกล้ชิด ผู้ป่วย หากไม่สามารถดูแลด้วยตนเอง ได้ก็จะพยายามขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขวอนถ สุวลักษณ์, 2546) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการใช้ทักษะ และปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ขอมรับอาการ เจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น จึงมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านบวก ส่งผลให้มีการแสดงออก ทางอารมณ์ด้านบวก จากการที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลขาดความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อาจ เป็นเนื่องจากการที่เน้นให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยไม่ได้คำนึงถึงความพร้อมของผู้ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะความมีคุณค่าแห่งตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ของ บุคคลที่จะทำให้เกิดพลัง และความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วย การให้

ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่อาจรับประกันไว้ว่า ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการดูแลผู้ได้ (Moore, 1990) แสดงว่าที่ผ่านมายังไม่สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างปกติสุข ส่งผลทำให้กำเริบและเป็นซ้ำ (จารุวรรณ ค. สกฤต, 2524) ด้วยเหตุนี้ตัวแปรความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจึงสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต สามารถทำนายได้ทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ($Beta = .148$) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ร้อยละ 21.9 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ ตอนบน พบว่าผู้ดูแลต้องรับรู้เผชิญตลอดเวลาที่ให้การดูแล (อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2540) พบว่า ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งพบว่าการแสดงอารมณ์นั้นมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย (Moor and Kuipers, 1992; Oliver and kuipers, 1996; Synder et al, 1994 cited in Humbeeck, 2002) นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน จะพบปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เนื่องจากอาการของผู้ป่วยและไม่แน่ใจว่าจะจัดการของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาได้ รวมทั้งรู้สึกหวาดกลัวอาการทางจิตของผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (Loukissa, 1995) แล้วเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ดูแลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการแสดงทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ (King et al., 2000; 2003) ด้วยเหตุนี้การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตจึงสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

2.3 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า มี 2 ตัวแปร คือ การทำหน้าที่ทางสังคม และภาวะการดูแลเชิงประนัย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยของอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ไม่มีความสามารถในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ สามารถอภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยต้องกลับสู่ชุมชน ต้องทำหน้าที่ทาง

สังคม คือ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัว และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข ในด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการพักผ่อน และปรับตัวกับสังคม เช่น การติดต่อสื่อสาร การทำงาน และร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (ชัญญา คมขำ, 2554) และพบว่าการศึกษาของ Miura et al. (2004) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองกลุ่ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Inoue, Tanka and Mino (1997) ที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างเป็นอิสระของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผลการวิจัยคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี แม้พบว่าผู้ป่วยว่างงานถึงร้อยละ 47.20 แต่พบว่าผู้ป่วยมีการประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 20.30 และผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 33.30 ดังนั้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพเกษตรกร อาจมีลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยคนในครอบครัวสามารถทำงานแทนได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) นอกจากนี้ การศึกษาของ ภรดี ไชยสิน (2545) ยังพบว่า หากผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงถึงผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ผู้ดูแลจึงไม่วิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตร และไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยเกินไป ส่งผลให้หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ซึ่งจากการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยและเห็นว่ายามีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ จึงต้องการให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อจะทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

ภาระเชิงปรนัย ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรภาระเชิงปรนัย ไม่สามารถการ แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ สามารถอภิปรายได้ว่า ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เกิดจากความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำหน้าที่หรือจากความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมารบกวนกิจกรรมที่ทำอยู่ประจำ เช่น การมีเวลาส่วนตัวลดลง มีอิสระลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกลดลง (Montgomery et al., 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความตึงเครียดภายในครอบครัว ทำให้มีการใช้การแสดงอารมณ์ด้านลบต่อกัน มีผลเพิ่มภาระการดูแลผู้ป่วย (Addington et al., 2005) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลสูง (Scazuflca and Kuiper, 1996) ยังพบว่า ภาระการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลไม่สนใจการดูแลผู้ป่วย ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพิกเฉยต่อการดูแลส่งผลให้ความบกพร่องในการปรับตัว เมื่อขาดผู้คอยสนับสนุนช่วยเหลือก็ย่อมดูแลตนเองไม่ดี เกิดการกลับเป็นซ้ำ (วัชรภรณ์ ลือไชยงค์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทูลภา บุญผาสังข์ (2545) ที่พบว่า ภาระการดูแลด้านปรนัยมีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้การศึกษาของ Magliano et al. (1998) ที่

พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีภาระการดูแลเชิงปรณัยสูงกว่าภาระการดูแลเชิงอัตนัย ร้อยละ 56 และ 46 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาระการดูแลเชิงปรณัยอยู่ในระดับน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) ที่พบว่า ภาระของญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ญาติผู้ดูแลเกิดภาระเชิงรูปธรรมหรือปรณัยในด้านภาวะเศรษฐกิจ การพักผ่อน ภาวะสุขภาพ และด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าญาติผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบแต่อย่างใด แต่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดภาระในเชิงนามธรรมหรืออัตนัย คือ เกิดความรู้สึกทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการภาระเชิงปรณัยจึงไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท นั้นเกิดจาก ภาระการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้าจากการดูแล ความทุกข์ทรมาน และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชจะต้องมีการประเมินและค้นหาปัญหาในประเด็นดังกล่าว พร้อมทั้งคนหากลวิธีในการที่จะจัดการกับปัจจัยดังกล่าวให้ลดลง หรือหมดไปจากผู้ดูแลในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลนั้นมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกมากขึ้น แล้วจัดให้มีการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องต่อไป

2. จากผลการวิจัยพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก พบว่าปัจจัยด้านความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ว่ารุนแรงของอาการทางจิต หากได้รับการส่งเสริมจะทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกสูงขึ้น ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นในสถานพยาบาลพยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญ และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้น ควบคู่กับให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภทและการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตในทางที่เหมาะสม เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำให้มากขึ้น

ด้านบริหาร

1. ผู้บริหารและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ควรมีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการดูแลที่เหมาะสมให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เช่น การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปร่วมวางแผน

ในการพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก และลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เพื่อเป็นการลดการกลับเป็นซ้ำ

2. พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลและผู้ดูแลเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมทั้งด้านความสามารถ ดูแลจิตใจผู้ดูแลที่มีความเปราะบาง และหาแนวทางการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรคัดสรร สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ประมาณร้อยละ 36.2 แสดงให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่น ๆ อีกที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่คาดว่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ได้ เพื่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

2. ควรมีการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เริ่มป่วยว่าแตกต่างจากการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์และมีความแตกต่างกันอย่างไร เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนการพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขนิษฐา สุขทอง. (2554). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เครือวัลย์ เทียงธรรม. (2548). *การเดินทางออกจากกรเป็นบ้า*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: เอส. พี. วี. การพิมพ์.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). *การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 13 (มกราคม-มิถุนายน): 1-13.
- จารุวรรณ ต. สกุล. (2524). *ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- ชนมาภรณ์ พงษ์จันทร์เสถียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวนชม วงศ์ไชย. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท*. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัญญา คมจำ. (2554). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2531). *การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 33 (กรกฎาคม- กันยายน): 99-105.

- ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). *ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา นุปผาสังข์. (2554). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิศากร แก้วพิลา. (2545). *ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวาลักษณ์. (2546). *ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3) : 141-149.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2544). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ทัพเสรีพิ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนตัว การสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญภาวะเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). *ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรคุสิต คำมีสินนท์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 ประจำปี 2550.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 13 (กรกฎาคม - ธันวาคม).
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร อินอิม. (2531). ความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตชุมชน* 9:16-18.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: ชรรณสาร.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). *หลักการ แนวคิด และรูปแบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน*. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภรดี ไชยสิน. (2545). *การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: การศึกษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภุมมาภิชาดิ แสงชีวะ. (2542). *การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ครอบครัว. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 9 (3): 113-117.
- มานิช หล่อตระกูล. (2546). *จิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- มานิช หล่อตระกูล. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์จำกัด.
- มัลลิกา สิงห์สุริยะ. (2547). *การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของคุณแล: กรณีศึกษา*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มยุรี กลั่นวงษ์. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติที่ผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. รามาชิปดีพยาบาลสาร. 2(1) : 84-94.
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). *ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานการวิจัย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 13 (มกราคม- มีนาคม): 19-26.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชนิกร เกิดโชค. (2553). *สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลจิตเวชกับสมาชิกครอบครัว: การส่งเสริมความพร้อมในการดูแล*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 24 (1): 14-23.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและนำไปใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิ,เจ,พรีนติ้ง.

- วรกษ นิธิกุล. (2435). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา เปรียญอม. (2546). ความเข้มแข็งอดทนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. โครงการศึกษาอิสระปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2545). การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ.
เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรภรณ์ ลือไชยงค์. (2541). ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของ
ผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรม
สุขภาพจิต.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิวัฒน์ ยถาภูษานานนท์, พันธุ์ศักดิ์ วราอัสวปติม อภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี, บรรณาธิการ. (2536).
คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น: ศิริภินท์.
- วีระ ชูรุจิพร. (2542). วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
ไทย. 7(3): 176-178.
- วรกษ นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี โดสุขศรี. (2539). ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า. (2544). ยุทธวิธีในการดูแล
บุคคลที่มี ปัญหาทางจิตและญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 46(2):
107 - 117.
- สุขภาพจิต, กรม. (2549). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรม
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต, กรม. (2551). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาล รพท./รพช. โรงพยาบาล
สวนปรุง. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุขภาพจิต, กรม. (2551-2553). *สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2544). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด ศรีราที. (2545). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *พยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2555). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2553-2555. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ตุลยาทร. ปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2538; 13: 76-85.
- ศิริพร โอภาสวัตชัย. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2545). *ครอบครัวบำบัดและการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วี.พรีนท์ (1991) จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพรีนติ้ง.

- อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: สำนักการพิมพ์.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชัย มงคลและคณะ .(2544). ผลของการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อบุคลิกภาพและเชาวน์อารมณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 46: 63-68
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.
- เอี่ยมเดือน เนตรแจ่ม. (2541). *ความคิดอัตโนมัติทางลบ กับความซึมเศร้าในผู้เสพสุราเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอื้ออารีย์ สาริกา . (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Addington, J., Collin, A., McCleery, A., and Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79: 79-83.
- Anthony, P., and Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 7 (5): 425-343.
- Alan, S., et al. (2007). Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and other Severe Mental Illnesses : A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. *Schizophrenia Bulletin*. 33(3): 805-822.
- Angell, B., and Test, M. A. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adult with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 28 (2): 259-271.

- Askey, R., Gamble, C., and Gray, R. (2007). Family work in first-onset psychosis: A literature review. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 14: 356-365.
- Bachman, S., et al. (2002). Expressed emotion in relatives of first-episode and chronic patients with schizophrenia and major depressive disorder- a comparison. *Psychiatry Research* 112: 239-250.
- Baker, A. F. (1989). Living with a chronically ill, Schizophrenic. *Journal of Psychosocial Nursing*. 27(1): 31.
- Barrowclough, C, and Rarrier N. (1990). Social functioning in schizophrenic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio*. 25: 125-129.
- Barrowclough, C. (2005). *The family of the patients with schizophrenia*. Families and Mental disorder. Form burden to empowerment.(n.p):John Wiley & Sons.
- Barrowclough, C., and Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 26-30.
- Barrowclough, C. and Hooley, J.M. (2003). Attribution and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*. 23: 849-880.
- Bebbington, P. and Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*. 24: 2007-218.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J., (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4: 561-571.
- Beck, A. T. Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bentsen, H., et al. (1998). Critilism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses: demopraphic and clinical predictor. *Acta Psychiatr Scand* 97(1): 76 - 85.
- Beese, J., and Turnbull, J. (1997). Professional update. Community psychiatric nursing challenges and opportunities. *British Journal of Community Health Nursing*, 2 (6): 275-278.

- Birchwood, M., Todd, P., and Jackson, C. (1998). Early intervention in psychoses. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*. 172: 53-59.
- 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.
- 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: 241-58.
- Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of nursing Research* 12: 758-776.
- Butzlaff, R. L. and Hooley, J. M. (1998). Express Emotion and Psychiatric Relapse. *Arch Gen Psychiatry*. 55 (6): 547-552.
- Carpenter, W.T., Heinrichs, D.W, and Alphas, L. D. (1985). Treatment of negative symptoms. *Schizophrenia Bull*. 11: 440-452.
- Chien, W. T., and Chan, S. W. (2009). Testing the Psychometric Properties of Chinese Version of the Level of Expressed Emotion Scale. *Research in Nursing and Health* 32: 59-70.
- Chou, K. R., Liu, S. Y. and Chu, H. (2002). The effects of support groups on caregivers of patients with Schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*. 39: 713-722
- Cozolino, L.J.,Goldstein, M.J., Neuchterlein, K.H.,West, K.L., and Snyder, K.S. (1998). The impact of education about schizophrenia on relative varying in expressed emotion. *Schizophrenia Bulletin*. 14: 675-687.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver. *Family and Community* 15 (2): 1-9.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of psychiatric Nursing* 9: 77-84.
- Fox, C. and Kan, F. (1996). *Psychiatric-Mental Health Nursing: Integrating the behavioral and biological sciences*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Fallon, I.R.H., Boyd, J., McGill, C., Razani, J., Moss, H.B., and Gilderman, A.M. (1985). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford.
- Finnema, E.J., Louwerens, J.W., Slooff, C.J., and Van den Bosh, R.J. (1996). Expressed emotion on long-stay ward. *J Adv Nurs*. 24: 473-478.

- Ganguly, K.C., and Singh, T.B. (2010). Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Qualitative Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 13(2): 126 - 142.
- Gonzalez, C. V. et al. (2010). Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: A prospective observational study. *Spanish Journal of Psychology* 12 (1): 389-395.
- Grandon, P., Jenaro, C., and Lemos, S., (2008). Primary care givers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*. 158: 335-343.
- Hall, M. J. and Docherty, N.M. (2000). Parent coping styles and Schizophrenia patient behavior as predictor of expressed emotion. *Family Process*. 39: 435-444.
- Harrison, G., et,al (2001). Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow-up. *British Journal of Psychiatry*. 178: 506-517.
- Horowitz, A.V. and Reinhard. (1975). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with severe mental illness. *Journal of Health.and Social Behavior*. 36(6): 138-150.
- Hooley, L.M. and Hiller, J.B. (2000). Personality and Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychiatry* 109 :40-44
- Hooley, J. M. *Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology*. (online). 2007. www.ncbi.nih.gov/pubmed/17716059 (2010, March7).
- Humbecck, G. V., et al., (2002). Expressed emotion in the Client-professional caregiver dyad: are symptom, coping strategies and personality relate? *Soc Psychiatr Epidemiol* 37: 364-371.
- Ikram, A., Suhail, K., Jafery, S. Z., Singh, S., (2011). Rates of Expressed Emotions in Pakistani Relatives of Patients with Schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 48-52.
- 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.
- Jungbauer, J. Stellin, K. Dietrich, S. and Angerneyer, M. C. (2003). Schizophrenia: problem of separation in families. *Journal of Advanced Nursing* 47(6): 605-613.

- Kaplan, H. I., and Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 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.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., and Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 13 (2) : 261-276.
- 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.,and Nelis, S.(2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia. *Psychiatry Research*. 117: 211-222.
- Kim, S., and J. Ham Y.S. (1997). The relation of social function, cognitive function and symptom of chronic schizophrenia. *Korean J Clin Psychol*. 16: 27-40.
- Kim, E. Y., and Miklowitz, D. J. (2004). Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *Journal of Affective Disorders* 82: 343-352
- Kuipers, E., (1992). *Expressed emotion in 1991. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 27: 1-3.
- Kuipers, E., and Raune, D. (2000). *The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis*. In Birchwood, M., Fowler, D., Jackson, C. (Eds.), *Early intervention in Psychosis*. (pp. 128-140) John Wiley & Sons, Ltd.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lefley, H.P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children. An emerging social problem. *Hospital and Community Psychiatry*. 38(10): 1063-1070.
- Lemeshow, S., Horsmer, D. W., Klar, J., and Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in the health studies*. West Sussex: John Wiley and son.
- Lenior, M. E., Dingemans, P. M. A. J., Schene, A.H., Hart, A. A. M. and Linzen, D. H. (2002). The course of parental expressed emotion and psychotic episode after family intervention in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research* 57: 183-190.

- 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.
- Lim, Ym. and Ahn YH. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenia patients in Korea. *Applied Nursing Research* 16(2): 110-117.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease* 175: 613-619.
- Lubkin, I., and Payne, M. E. (2001). *Chronic illness impact and intervention*. Massachusetts: Jone and Bartlett.
- Lysaker, H.P., Lancaster, R.S., Nees, M.A., and Davis, L.W. (2004). Attributional style and Symptoms as predictors of Social function in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 41 (2): 225-232.
- Magliano, L., et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 405-412.
- Martyns-Yellowe. (1992). The Burden of schizophrenia on the family: A study from Nigeria. *British Journal of Psychiatry* 161: 779-782.
- Mcfarlane, W.R., and Cook, W.L. (2007). Family expressed emotion prior to onset of psychosis. *Family Process*. 46: 185-197.
- McDonald, J., and Badger, T. A. (2002). Social function of persons with schizophrenia. *J Psychosoc Nurse Ment Health Serv*. 40(6):11-6.
- 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).
- Meneghelli, A., Cocchi, A., and Preti, A. (2010). Programma 2000: a multi-modal pilot program on early intervention in psychosis underway in Italy since 1999. *Early Intervention in Psychiatry*. 4: 97-103.
- Miura, Y., Mizuno, M., Yamashita, C., Watanabe, K., Murakmi, M. and Kashima, H., (2004). Expressed Emotion and Social Functioning in Chronic Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 45 (8) 469-474

- Moller-leimkuhler, A. M . (2005). Burden of relatives and predictor of Burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical neurosciences*. 255(4): 223-231.
- Montgomery, T.J.V., Gonyea, J.G. and Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*. 34(4): 19-26.
- Moore, E., Bill ,R.A., and Kuiper,L.(1992). Expressed emotion in staff working with the long term adult mental ill. *British Journal of Psychiatry*. 161: 802-808.
- Oberst, M.T. (1991). *Caregiving burden scale*. Unpublished manuscript, University of Wisconsin Madison.
- Oliver, N.,and Kuipers, E. (1996). Stress and its relationship to expressed emotion in community mental health workers. *Intern Journal Soc Psychiatry* . 42:150-159.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of Practice*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing Concept of Practice*. 5th ed. St Louis: Mosby Year Book.
- Parker, B. A. (1993). Living with mental illness: the family as caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing*. 31(3): 19-21.
- Patterson, P.,Birchwood, M., and Cochrane, R. (2005). Expressed emotion as an adaptation to loss. *British Journal of Psychiatry*. 187 (48): 59-64.
- Raune, D., Kuipers, E., and Bebbington, P. E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *The British Journal of Psychiatry*. 184(4): 321-326.
- Sadock, B. J. (1999), *Synopsis of psychiatry: Behavior sciences, Clinical psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams.
- Sadock, J. B. a. S., A. V. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott.
- Sadock, J. B. a. S., A. V. (2007). *Concise Textbook of Clinical* . Philadelphia: Lippincott
- Sandock, J. B. and Sandock, A. V, (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wikins.
- Schene, A.H., van Wijngaarden B., and Koeter M.W. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull*. 24(4): 609-618.

- 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.
- Schreiber, L. J., Breifer, A. and Pichar, D. (1995). Expressed emotion trait or state? *British Journal of Psychiatr*. 166: 647-649.
- Scazufca, M. and Kuiper. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patient with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 168 (5): 580-7
- Scazufca, M. and Kuiper. (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.
- Schulze, B., and Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma : A focus group study of Schizophrenia Patients, their relative and mental health professionals. *Social Science & Medicine*. 56 (2): 299-312
- 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
- Sunpaveerawong ,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.
- Suttajit, S., and Srisurapanont, M. (2009). Schizophrenia: Epidemiology and treatment. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*: 54 (Supplement 1): 21-37
- Taylor, M.C.(1994). *Essential of Psychiatric Nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Tyrer, P., et al. (2005).The Social Functioning Questionnaire: A Rapid and Robust Measure of Perceived Functioning *.International Journal of Social Psychiatry* ,51: 265.
- Tennakoon, L., et al. (2000). Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 177: 529-533.

- Thomson, E. H. Futterman, A.M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J.M., and Lovett, S.B. (1993). Social Support and Caregiving Burden in Family Caregivers of Frail Elders. *Journals of Gerontology* 48: 245-254.
- Thompson, K.N., McGorry, P.D., and Harrigan, S. M. (2001). Reduced Awareness of Illness in First-Episode Psychosis. *Comprehensive Psychiatry*. 42(6):498-503.
- Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving*. Dissertation The University of California San Francisco.
- Vaughn, C.E. ,and Leff,J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatry. *British Journal of Psychiatry*. 126: 125-37.
- Wahl, O.F., and Harmam, C.R. (1989). Family views of stigma. *Schizophr Bull*; 15(1): 131-139.
- Wasserman, S., Manani, A. W. and, Suro, G., Shame and guilt/self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 196: 27-31.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., and Hahlweg, K., (2002). The Family Questionnaire: Development and validation of anew self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*. 109: 265-279.
- Weisman, A., et al. (1998). Expressed Emotion attitudes and schizophrenia symptom dimenstions. *Journal of Abnormal Psychology*.107: 355-359.
- World Health Organization. (2011). Schizophrenia.[online]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ [2012, June 26].
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *Mental Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hop*. World Health Organization, Geneva.
- Ziedonis, D., Yanos, P.T., and Silverstein, S.M. (2007). *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse prevention*. New Jersey: Elsevier.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. อาจารย์แพทย์ บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. นางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ
4. นางอำพัน หิรัญยุพา	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก
5. นางสาวิณี โต๊ะทอง	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล จิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย □□

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับผู้ถูกสัมภาษณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - () บิดา/มารดา
 - () พี่/น้อง
 - () ลูก/ป้า/น้า/อา
 - () บุตร
 - () ภรรยา/สามี
 - () อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา/ปวช.
 - () อนุปริญญา
 - () ปริญญาตรี
 - () สูงกว่าปริญญาตรี
 - () ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่ได้เรียน
5. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย.....ปีเดือน
6. ลักษณะการทำงานหรืออาชีพ
 - () งานบ้าน
 - () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - () เกษตรกร
 - () รับจ้าง
 - () ค้าขาย
 - () ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน
 - () อื่น ๆ

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย □□

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับผู้ป่วย

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
4. สถานภาพสมรส () คู่ () โสด () หม้าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา/ปวช
 - () อนุปริญญา
 - () ปริญญาตรี
 - () สูงกว่าปริญญาตรี
 - () ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่ได้เรียน
6. ลักษณะการทำงานหรืออาชีพ
 - () งานบ้าน
 - () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - () เกษตรกร
 - () รับจ้าง
 - () ค้าขาย
 - () ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน
 - () อื่น ๆ

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย □□

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

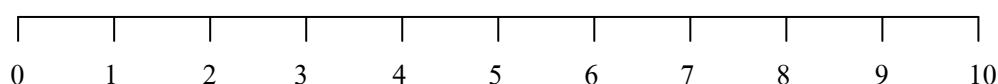
คำชี้แจง : แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึกระหว่าง 0-10 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✕ ลงบนเส้นตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ ไม่ว่าท่านจะกาบาทลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งที่ถูกหรือผิดเพราะเป็นความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ

คะแนน 1 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการน้อย

คะแนน 10 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด

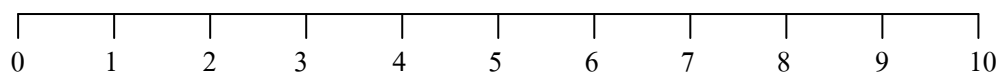
1. ผู้ป่วยจิตเภทมีความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย คือเชื่อว่าตนเองมีการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกาย



ไม่มีอาการ

มากที่สุด

2. ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกวิตกกังวล เกี่ยวกับปัจจุบันหรืออนาคตของตนเอง



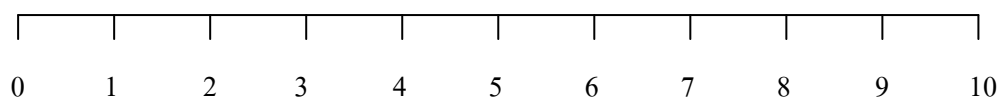
ไม่มีอาการ

มากที่สุด

3.

4.

18. ผู้ป่วยจิตเภท สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล



ไม่มีอาการ

มากที่สุด

คะแนนรวมในส่วนนี้ :

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 4 แบบวัดการทำหน้าที่ทางสังคม

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง

1. การถอนตัวจากสังคม/การมีส่วนร่วมทางสังคม

1. ผู้ป่วยตื่นนอนตอนเช้าเวลา

 ก่อน 09:00 น 9.00 - 11.00 น 11:01 - 13:00น หลัง 13.00 น

2. ผู้ป่วยมักจะเป็นผู้เริ่มต้นสนทนา พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว

 เกือบจะไม่เคย น้อยมาก บางครั้ง บ่อย

3.....

4.....

7. การจ้างงาน/อาชีพ (Employment\occupation

ถ้าไม่ได้ทำงาน หรือไม่ได้รับการจ้างงานให้ตอบ ข้อ 7.2 และข้อ 7.3(คะแนน 0 – 6 คะแนน)

7.2 คุณคิดว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการหางาน อย่างไร ?

 ได้ง่าย ลำบาก ไม่ได้

7.3 ผู้ป่วยพยายามที่จะหางานใหม่ บ่อยแค่ไหน ?

 ไม่เคย ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง บ่อย

คะแนนรวมในส่วนนี้ :

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 5 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลขหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรง หรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

1. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
 - 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า
 - 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้แล้ว
2. 0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้กับอนาคต
 - 1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3 ฉันรู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 21 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
 - 1 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
 - 2 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงมาก
 - 3 ฉันไม่สนใจทางเพศเลย

คะแนนรวมในส่วนนี้ :

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาระการดูแล

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

- มากที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
 มาก หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกวัน
 ปานกลาง หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
 น้อย หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเป็นบางครั้ง
 น้อยที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรณัย					
1. การดูแลผู้ป่วยรบกวนเวลาสำหรับการทำกิจวัตรประจำวัน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย					
3. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น					
4. ผู้ป่วยทำให้ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวได้รับอันตราย					
5.....					
6.....					
12. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

คะแนนรวมในส่วนนี้ :

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจง : โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือนก่อนพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบตลอดเวลา

มาก หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกวัน

ปานกลาง หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์

น้อย หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเป็นบางครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย					
3.					
4.					
5.					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

คะแนนรวมในส่วนนี้ :

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 7 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

คำชี้แจง : แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกต่อการเผชิญความเครียดของท่านในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยข้อคำถามครอบคลุมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกผิด

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. ท่านยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วย				
2. ท่านแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทีละประเด็น				
3.....				
12. ท่านได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับบุคคลอื่น				

คะแนนรวมในส่วนนี้ :

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 8 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 โดยไม่เกิดอันตราย					
3)					
18) ท่านเอาใจใส่ดูแลเกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศของผู้ป่วย					

คะแนนรวมในส่วนนี้

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 9 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	ความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมาน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. นอนไม่หลับ					
2. ปวดศีรษะ					
3.					
4.					
11. ตกใจง่าย					
12. สมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง					

คะแนนรวมในส่วนนี้ :

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย □□

ส่วนที่ 10 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออก ระหว่างท่านและผู้ป่วยในความดูแลของท่านขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและขอความกรุณาตอบทุกข้อ เกณฑ์ในการตอบคำถามมีดังนี้

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

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
Critical comments				
1. ฉันไม่ชอบพฤติกรรมหลายๆอย่างของเขา				
2. ฉันรู้สึกอายกับพฤติกรรมของเขา				
3.				
4.....				
32. ทุกวันนี้เขาก็ทำให้ฉันพอใจ				
33. เมื่อได้รับคำแนะนำเขาจะพยายามทำตาม				

คะแนนรวมในส่วนนี้:

ภาคผนวก ก

ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวทัศนญา สมประดิษฐ์

ที่อยู่ติดต่อ 47 หมู่ 7 ตำบลอำแพง อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร 74120 โทร 081-7747644

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147,0-2218-8141 โทรสาร 0-2217-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวทัศนยา สมประดิษฐ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Patient/Participant Inform Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวทัศนญา สมประดิษฐ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องสาร

(ที่บ้าน) 47 หมู่ 7 ต.อำแพง อ.บ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 034-858472 โทรศัพท์ที่บ้าน 034-443154

โทรศัพท์มือถือ 081-7747644 Email: i-ker0@windowslive.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนเพื่อหา

แนวทางในการส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือ

เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ทุกภาค จำนวน 180 ราย ผู้ป่วยจิตเภทมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นบิดา หรือ มารดา สามีหรือภรรยา พี่น้อง หรือบุตร หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและมากที่สุดจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจและโต้ตอบได้รู้เรื่อง

4. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 180 ราย โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในความดูแล

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรุนแรงของอาการทางจิต

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ส่วนที่ 6 ภาระการดูแล 2 ด้าน 6.1 เจริญอ้านัย 6.2 เจริญปรนัย

ส่วนที่ 7 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ส่วนที่ 8 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 9 แบบวัดความทุกข์ทรมาน

ส่วนที่ 10 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นการหาแนวทางการแก้ไขการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล และผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในผู้ดูแลในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ให้เหมาะสม ลดความเครียดของผู้ดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในชุมชนอย่างปกติ และลดการกลับเป็นซ้ำ

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2217-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวพัชญา สมประดิษฐ์)



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายการผลออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวทัศนญา สมประดิษฐ์

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ - พฤษภาคม ๒๕๕๖

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัคร
๓. เอกสารแนะนำการเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว
คณะกรรมการฯ ทิจารณาอนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมบูรณ์)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



เอกสารเลขที่ 1/2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสวนปรุง

โครงร่างวิจัย : ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
PREDICTING FACTORS EXPRESSED EMOTION OF FAMILY CAREGIVERS
IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาวทัศนญา สมประดิษฐ์

สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลสวนปรุง

เอกสารที่พิจารณา :

1. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
PREDICTING FACTORS EXPRESSED EMOTION OF FAMILY CAREGIVERS IN
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสวนปรุง ได้พิจารณาโครงร่างวิจัยแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารโครงร่างวิจัย
เป็นหลัก

.....ประธานคณะกรรมการ
(นายปริทรรศ ศิลปกิจ)



เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ ๐๑๒/๒๕๕๖

คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ขอให้การรับรองว่า

ชื่องานวิจัย : ป้ายย่นก้นขากระดูกอกทางเอกรมณัของผู้นุ้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกัญญา สมประดิษฐ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่เกี่ยวข้อง :

- ๑. โครงร่างงานวิจัย
- ๒. ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
- ๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ของ International Guidelines for Human Research Protection ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization's Good Clinical Practice (ICH-GCP) ทุกประการ

วันที่ยื่นพิจารณา : ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เลขที่งานวิจัยที่ยื่นพิจารณา : ๑๔/๒๕๕๖

วันที่ได้รับการรับรอง : ๗ มีนาคม ๒๕๕๖

ลงนาม ประธานคณะกรรมการวิจัย
(นายแพทย์วิวัฒน์ ชาติรัตน์)

ลงนาม ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
(นายอัศเดช ณีเมฆาสถ)

ลงนาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
(นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์)

ภาคผนวก ง
ผลการวิเคราะห์แบบสอบถาม

ตารางที่ 12 คะแนนความถี่และร้อยละ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกรายภาค

ภาค	ภาคใต้		ภาคกลาง		ภาคอีสาน		ภาคเหนือ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ									
เหมาะสมมาก (1.00-1.49)	22	48.9	7	15.6	6	13.3	7	15.6	
เหมาะสม (1.50-2.49)	20	44.4	31	68.9	35	77.8	29	64.4	
ไม่เหมาะสมมาก (2.50-3.49)	3	6.7	7	15.6	4	8.9	9	20	
ต้องปรับปรุง (3.50-4.49)	0	0	0	0	0	0	0	0	
รวม	45	100	45	100	45	100	45	100	
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก									
เหมาะสมมาก (1.00-1.49)	22	48.9	16	16	21	46.7	24	53.3	
เหมาะสม (1.50-2.49)	24	48.9	26	26	24	53.3	20	44.4	
ไม่เหมาะสมมาก (2.50-3.49)	1	2.2	1	2.2	0	0	1	2.2	
ต้องปรับปรุง (3.50-4.49)	0	0	2	4.4	0	0	0	0	
รวม	45	100	45	45	100	45	100	100	

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้านการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และรายข้อ

การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม	\bar{x}	SD	ระดับ
การวิพากษ์วิจารณ์	1.60	0.05	เหมาะสม
ฉันไม่ชอบพฤติกรรมหลายๆอย่างของเขา	2.36	0.77	เหมาะสม
ฉันรู้สึกอายกับพฤติกรรมของเขา	1.94	0.78	เหมาะสม
ฉันรู้สึกทุกข์ใจกับพฤติกรรมของเขา	2.33	0.79	เหมาะสม
การกระทำของเขาสร้างความเดือดร้อนให้กับฉัน	2.07	0.79	เหมาะสม
ฉันรู้สึกว่าเขาไม่ได้ชื่นชมในสิ่งที่ฉันทำให้เลย	1.98	0.81	เหมาะสม
ฉันรู้สึกว่าเขาเกลียดฉัน	1.61	0.66	เหมาะสม
ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเขา	1.90	0.83	เหมาะสม
การแสดงความไม่เป็นมิตร	2.02	0.25	เหมาะสม
คงจะดีหากเขาได้ไปอยู่ไกลๆจากฉัน	1.58	0.69	เหมาะสม
เขาเป็นคนที่ไม่มีคุณค่าอะไรเลย	1.58	0.70	เหมาะสม
ต้องทำโทษเขาเพื่อให้เขารับผิดชอบตัวเอง	1.56	0.64	เหมาะสม
บางครั้งฉันมีความรู้สึกอยากจะทุบตีเขา	1.71	0.80	เหมาะสม
ฉันเกลียดการดูแลเขา	1.58	0.65	เหมาะสม
ฉันคิดว่าคงจะดีหากเขาตายไป	1.55	0.71	เหมาะสม
ฉันอยากให้เขาอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไป	1.61	0.72	เหมาะสม
เขาทำให้ฉันต้องหมดความอดทน	1.63	0.73	เหมาะสม
ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป	2.20	0.18	เหมาะสม
ฉันดูแลเขาอย่างไม่คลาดสายตา	2.40	0.90	เหมาะสม
ฉันมีไม่สบายทางกายเพราะกังวลเกี่ยวกับตัวเขา	2.05	0.77	เหมาะสม
ฉันต้องบังคับให้เขาทำในสิ่งที่ควรทำ	2.14	0.83	เหมาะสม
ฉันต้องโทษเขาเพื่อควบคุมพฤติกรรมของเขา	2.41	0.89	เหมาะสม
ฉันควบคุมอารมณ์ได้ยากเมื่อเขาทำให้ฉัน โกรธ	2.03	0.84	เหมาะสม
รวม	1.91	0.83	เหมาะสม

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน และรายข้อ

การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	\bar{x}	SD	ระดับ
การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร	1.53	0.13	เหมาะสม
รู้สึกสงสารเขา	1.67	0.71	เหมาะสม
รู้สึกเสียใจกับการเจ็บป่วยของเขา	1.75	0.76	เหมาะสม
ฉันรักเขา	1.49	0.65	เหมาะสมมาก
ฉันภาวนาให้เขาหาย	1.37	0.59	เหมาะสมมาก
การดูแลเป็นหน้าที่ของฉัน	1.55	0.65	เหมาะสม
ฉันรู้สึกดีเห็นเขามีความสุข	1.40	0.63	เหมาะสมมาก
ฉันพูดไม่กระทบความรู้สึกของเขา	1.51	0.63	เหมาะสม
การแสดงความชื่นชม	1.69	0.11	เหมาะสม
เขาไม่มีพิษภัยกับใคร	1.66	0.70	เหมาะสม
เขาเป็นคนนิสัยดี	1.60	0.80	เหมาะสม
เขามีข้อดีหลายอย่าง	1.66	0.71	เหมาะสม
ทุกวันนี้เขาก็ทำให้ฉันพอใจ	1.81	0.75	เหมาะสม
เมื่อได้รับคำแนะนำเขาพยายามทำ	1.84	0.81	เหมาะสม
รวม	1.63	0.72	เหมาะสม

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	\bar{X}	SD
กังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย	2.86	2.94
วิตกกังวลกับปัจจุบันหรืออนาคตของตนเอง	2.57	3.01
ขาดความสนใจกับเหตุการณ์ในชีวิต	3.01	3.26
ความคิดสับสน มีปัญหาในการคิดอย่างต่อเนื่อง	2.78	3.10
รู้สึกผิด เสียใจ หรือโทษตัวเอง ในเรื่องจริง	2.09	2.81
ผู้ป่วยจิตเภทมีความตึงเครียด	2.80	2.95
การเคลื่อนไหวที่ดูแปลกประหลาด	2.20	2.97
คิดว่าตนมีความสามารถพิเศษเกิน	1.15	2.26
รู้สึกเศร้า ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย	1.74	2.60
ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นมิตร	1.31	2.41
ไม่ไว้วางใจผู้อื่น	1.97	2.95
ประสาทหลอน	2.23	2.96
เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ พุดซ้ำ	2.87	3.28
ปฏิเสธการทำตามกฎทั่วไปของสังคม	2.32	3.23
ความคิดแปลก ๆ เพื่อฝัน	1.59	2.76
สื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น	2.53	2.98
เคลื่อนไหวร่างกายเร็วกว่าปกติ	1.40	2.42
สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล	1.02	1.83
รวม	2.14	2.91

ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละ ของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย

ระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับต่ำ	0-56	26	14.4	41.57	10.40
ระดับปานกลาง	57-76	38	21.7	67.39	6.53
ระดับดี	77-96	41	22.8	85.61	5.38
ระดับดีมาก	97-153	74	41.1	116.24	12.26
รวม		180	100	88.18	28.9

ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับปกติ	0-11	136	75.6	4.58	3.38
ระดับน้อย	12-16	26	14.4	13.26	1.34
ระดับปานกลาง	17-20	8	4.4	18.00	1.07
ระดับมาก	21-30	10	5.6	25	3.29
ระดับรุนแรง	31-63	0	0	0	0
รวม		180	100	7.57	6.54

ตารางที่ 18 จำนวน และร้อยละ ของภาวะการดูแลเชิงปรนัย

ระดับภาวะการดูแลเชิงปรนัย	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับน้อยที่สุด	12-20	79	43.9	14.53	2.29
ระดับน้อย	21-29	59	32.8	24.61	2.29
ระดับปานกลาง	30-38	29	16.1	33.76	2.57
ระดับมาก	39-48	11	6.1	42.73	2.28
ระดับมากที่สุด	49-60	2	1.1	55.50	4.95
รวม		180	100	28.10	7.85

ตารางที่ 19 จำนวน และร้อยละ ของภาวะการดูแลเชิงอัตนัย

ระดับภาวะการดูแลเชิงปรนัย	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับน้อยที่สุด	12-20	26	14.4	16.76	3.06
ระดับน้อย	21-29	59	32.8	24.83	2.51
ระดับปานกลาง	30-38	59	32.8	33.47	2.51
ระดับมาก	39-48	34	18.9	42.26	2.63
ระดับมากที่สุด	49-60	2	1.1	50.0	1.41
รวม		180	100	23.66	10.41

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	\bar{X}	SD
ยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย	3.42	0.79
แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทีละประเด็น	3.38	0.73
พยายามควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ให้ลุกลาม	3.39	0.75
ใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับความเครียด	3.08	0.86
การทำอะไรบางอย่างจะช่วยลดความเครียด	3.12	0.91
สามารถคิดริเริ่มงานใหม่ได้ในขณะที่เกิดความเครียด	2.83	0.94
ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อท่านแก้ปัญหาเองไม่ได้	2.80	0.91
เลือกใช้วิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหา	3.26	0.82
หาวิธีหลาย ๆ วิธีในการจัดการกับความเครียด	3.02	0.91
นำประสบการณ์เดิมมาจัดการกับความเครียด	3.00	0.89
ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ท่านจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น	3.02	0.91
ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับบุคคลอื่น	2.87	0.93
รวม	3.10	0.89

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายด้าน

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	SD
ความเข้มแข็งในตนเองและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	3.96	0.14
ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	3.70	0.23
ความแข็งแรงด้านร่างกายของผู้ดูแล	2.23	0.25
ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท	3.70	0.20
รวม	3.60	1.13

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล

ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล	\bar{X}	SD
นอนไม่หลับ	1.97	1.10
ปวดศีรษะ	2.0	1.05
อ่อนเพลีย	2.10	1.02
ใจสั้น	1.55	0.87
อกแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก	1.45	0.80
ปวดเมื่อย	2.32	1.12
เวียนศีรษะ	1.76	0.92
คลื่นไส้ อาเจียน	1.28	0.66
ความอยากอาหารลดลง	1.71	0.99
อารมณ์เสื่อง่าย	2.15	1.15
วิตกกังวล	2.10	1.11
เศร้า	1.66	0.94
รู้สึกน้อยใจ	2.00	1.06
กลัว	1.64	0.99
ตกใจง่าย	1.71	1.02
สมาธิในการทำกิจกรรมลดลง	1.85	1.05
รวม	1.83	1.04

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวทัตชญา สมประดิษฐ์ เกิดเมื่อวันที่ 22 กันยายน 2519 ที่อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน เมื่อปีการศึกษา 2545 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านช่องสาร จังหวัดสมุทรสาคร