

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จรัสศักดิ์ ประจงบัว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

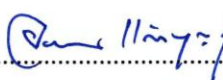
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ จิรศักดิ์ ประจงบัว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย  
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 29 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา จากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทาง และวิธีที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และวิจารณ์ผลงาน จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ หัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และภรรยา รวมถึงเพื่อน ๆ รหัส 55 สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่ บุพการี บุรพอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานทุกวันนี้

จิรศักดิ์ ประจงบัว

55920275: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท/ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ/ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต/ การรับรู้ภาระในการดูแล/ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา/ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์/ สัมพันธภาพในครอบครัว

จรรยา ธีระจงบัว: ปัจจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (FACTORS INFLUENCING NEGATIVE EXPRESSED EMOTION AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D., ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, Ph.D. 84 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นฟูและ การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 120 ราย ที่ผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินการรับรู้ภาระในการดูแล แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามเหล่านี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85, .89, .95, .78, .78 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 47.79, SD = 10.94$ ) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัวร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 45.50 ( $R^2 = .455, F_{df} = 32.22, p < .05$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้สูงสุดคือ การรับรู้ภาระการดูแล ( $\beta = .51, p < .001$ ) รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ( $\beta = .18, p < .05$ ) และสัมพันธภาพในครอบครัว ( $\beta = -.18, p < .05$ )

จากผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมที่ลดการรับรู้ภาระการดูแล ลดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ตลอดจนส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งจะช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

55920275: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING, M.N.S.

(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIA CAREGIVERS/ NEGATIVE EXPRESSED EMOTION/  
PERCEIVED PSYCHOTIC SYMPTOM SEVERITY/ PERCEIVED CAREGIVER  
BURDEN/ PROBLEM FOCUS COPING BEHAVIOR/ EMOTIONAL FOCUSED  
COPING BEHAVIOR/ FAMILY RELATIONSHIP

JIRASAK PRAJONGBUA: FACTORS INFLUENCING NEGATIVE EXPRESSED  
EMOTION AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. ADVISORY  
COMMITTEE: DUANGJAI VATANASIN, Ph.D., PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D. 84 P. 2018.

Negative expressed emotion of caregivers of schizophrenic patients is important, it may affect patients' recovery from illness and their re-admission into the hospital. Purposes of this predictive correlational study were to investigate level of negative expressed emotion and its predicting factors among 120 schizophrenic caregivers caring for schizophrenia patients treated at Sakaeo Rachanakarindra Psychiatric Hospital. Data had been collected from October to December, 2017 by self-report questionnaires including personal information, Negative Expressed Emotion Questionnaire, Perception of the Severity of Psychotic Symptoms Questionnaire, Perceived Caregiver Burden Questionnaire, Problem Focus Coping Behavior Questionnaire, Emotional Focused Coping Behavior Questionnaire, and Family Relationship Questionnaire. Cronbach's alpha coefficients of these questionnaires were .85, .89, .95, .78, .78, and .84, respectively. Mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis were employed for data analysis.

Results of study revealed that caregivers of patients with schizophrenia had negative expressed emotion at a moderate level ( $\bar{X} = 47.79$ ,  $SD = 10.94$ ). Stepwise multiple regression analysis showed that perceived caregiver burden, emotional focused coping, and family relationship could explain 45.50 % of the variance in negative expressed emotion among caregivers of patients with schizophrenia ( $R^2 = .455$ ,  $F_{df} = 32.22$ ,  $p < .05$ ). The most significant predicting factor was perceived burden ( $\beta = .51$ ,  $p < .001$ ) followed by emotional focused coping ( $\beta = .18$ ,  $p < .05$ ) and family relationship ( $\beta = -.18$ ,  $p < .05$ ).

This study findings suggest that health care providers should develop a program to reduce caregiver burden and their emotional focused coping as well as strengthen their family relationship. This would help reduce negative expressed emotion in caregivers of patients with schizophrenia.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	7
สมมติฐานในการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ผู้ป่วยจิตเภท .....	12
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	21
การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	25
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	41
4 ผลการวิจัย .....	42
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	42

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	51
สรุปผลการวิจัย.....	51
การอภิปรายผลการวิจัย.....	52
ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้.....	56
บรรณานุกรม .....	57
ภาคผนวก .....	63
ภาคผนวก ก .....	64
ภาคผนวก ข .....	67
ภาคผนวก ค .....	70
ภาคผนวก ง.....	80
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	84

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	43
2	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท .....	45
3	ระดับของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	47
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ .....	47
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร .....	49
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ของตัวแปรทำนายกับการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	50



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	9

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทยและทั่วโลกเนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่เป็นแล้วไม่หายขาดและอาจมีอาการกำเริบได้บ่อยครั้ง โดยพบว่าทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ล้านคน และมีอัตราความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 44,759, 99,759 และ 99,865 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชสูงขึ้นทุกปี สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 จำนวน 11,041, 9,636 และ 9,621 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2560) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเป็นจำนวนมาก และนับว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (Thought process) ภาษา (Language) การสื่อสาร (Communication) อารมณ์ (Mood) พฤติกรรม (Behavior) ทำให้เกิดความบกพร่องทั้งในส่วนของ การดูแลตัวเอง ความสามารถในการประกอบอาชีพ และความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจจะแสดงลักษณะอาการของการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ และมีการรับรู้ที่ผิดปกติหรือบิดเบือนไป ทำให้บกพร่องในการทำหน้าที่ของตน (อรพรรณ ลีบุญวัชรชัย, 2556) นำไปสู่พฤติกรรม การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม การดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป จนกระทั่งมีอาการรุนแรงมาก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มาก และเกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและช่วงระยะของการเจ็บป่วย เช่น การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drugs) โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการทางจิตให้สงบหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง แต่เมื่อรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผลจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) เพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิต หลังจากได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมความรู้สึกรับรู้คุณค่าและเชื่อมั่นในตัวเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552) หรือเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

(อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตเพื่อป้องกันอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีนโยบายสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นและให้กลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อย่างไรก็ตามหลังจากผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรกจะสามารถดูแลตัวเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรของตนเองได้ แต่ถ้าไม่รับประทานยาต่อเนื่องมักพบว่าความสนใจในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเริ่มลดลง ขาดความสามารถในการดูแลตัวเอง เรื่องการเจ็บป่วย ใช้เวลาว่างอย่างไม่เหมาะสม (ชัญญา คมขำ และรัชนิกร เกิดโชค, 2556) มีความผิดปกติทางด้านของกระบวนการความคิด การรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ทำให้เกิดปัญหาจากการทำงานร่วมกับผู้อื่น แม้แต่การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับครอบครัวและสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2558) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในขณะที่มีอาการกำเริบและเมื่ออาการทุเลาเพื่อให้สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ไม่ว่าจะดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา สังเกตอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย และให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือแม้แต่การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามแผนการรักษา (วารุณี มีเจริญ, 2557) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานมักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย เช่น อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย สุขภาพทรุดโทรม หรืออาจเกิดความเจ็บป่วยได้ ด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านความคิดและพฤติกรรมเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความรู้สึกมีความทุกข์ ท้อแท้ วิตกกังวล หวาดกลัวอันตรายจากพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา (มยุรี กลั้ววงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาสลักษณ์ ชวีวัลลี และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2552) นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมักทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เบื่อหน่าย หรืออาจทำให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2558) และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลายาวนาน ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม โดยผู้ป่วยจิตเภทบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลโดยทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์

ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง ลดการเข้าสังคมเพื่อหลีกเลี่ยง ไม่ให้คนในสังคมหรือเพื่อนบ้าน  
รู้ว่ามิบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิต (Eakes, 1995) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะตึงเครียดทาง  
อารมณ์ หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับบุคคลในครอบครัวสูงขึ้น (Addington,  
Collin, McCleery, & Addington, 2005) ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลอาจเกิดจาก  
ความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ว่าผู้ป่วยน่าจะสามารถควบคุมอาการ  
ที่ผิดปกติของตนเองได้ และเมื่อพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามที่คาดหวังผู้ดูแล จึงเป็นสาเหตุ  
ทำให้รู้สึกโกรธ และญาติมักจะแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบต่อผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อการดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภท (ขนิษฐา สุขทอง, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์  
ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถช่วยลดอัตราการ  
กลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Ogbolu, Adeyemi, & Erinfolami, 2013)

การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed emotion) เป็นการกระทำที่บ่งบอกถึงอารมณ์  
หรือความรู้สึกของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการแสดงออกในรูปแบบ ของน้ำเสียง ภาษา สีหน้า ท่าทาง  
หรือพฤติกรรมที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Brown, Birley, & Wing, 1972) ประกอบด้วยการแสดงออกทาง  
อารมณ์ด้านบวกซึ่งเป็นการแสดงออกด้วยภาษา ท่าทางเพื่อสื่อถึงอารมณ์และความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย  
ได้แก่ แสดงออกด้วยความเป็นมิตรกับผู้ป่วย รู้สึกเสียใจกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรือชื่นชมเมื่อ  
ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่มีการแสดงออก  
ทางอารมณ์ด้านบวกเป็นผลมาจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาประมาณหนึ่ง ทำให้  
มีทักษะและการปรับตัวต่อบทบาทของตนเอง ยอมรับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น  
และส่วนใหญ่เชื่อว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากเรื่องเหนือธรรมชาติ (ทัตชญา สมประดิษฐ์  
และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรม  
การกระทำ หรือความรู้สึกของผู้ดูแลที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ได้แก่ วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยเมื่อรู้สึก  
ทุกข์ใจกับอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย แสดงออกด้วยลักษณะท่าทางไม่เป็นมิตร และมีการ  
แสดงออกถึงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) จากการ  
ทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบนี้อาจเกิดจาก  
ความเครียดในการดูแล ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง (มยุรี กลับวงษ์ และคณะ, 2552)  
หรือเกิดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เช่น มีอาการทางจิต  
กำเริบ หงุดหงิด หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่เป็นอยู่ หรืออาจจะเกิดจาก  
ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง มักจะรู้สึกว่าตนเอง  
เป็นภาระ ไร้คุณค่า หรือรู้สึกต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา  
ส่งผลทำให้มีอาการกำเริบสูงขึ้น (ทัตชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) และผลกระทบ

จากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลและคนในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน สัมพันธภาพในครอบครัวแย่ง ขาดความรักและการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน (ปราณี สุทธิสุขนธ์, เกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม, คุณณี คำมี และเริงวิษญู นิลโคตร, 2552) จากการทบทวนพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (Banerjee & Retamero, 2014) และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนุภาพการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 (Ogbolu et al., 2013) ปัจจุบันพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการแสดงออกทางอารมณ์ทางด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อยซึ่งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี อันเป็นการช่วยลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ชัดเจนจะสามารถทำให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถจำกิจกรรมเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลงจากกรอบแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Brown et al. (1972) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (Perception of the severity of psychotic symptoms) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการหรือความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดูแล หรือมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในสังคม (Dodd et al., 2001) เพราะการที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการคงที่แล้วก็ตาม แต่มักยังพบอาการบางอย่างคงหลงเหลืออยู่ซึ่งการแสดงออกของอาการผู้ป่วยมักจะคาดเดาไม่ได้ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหงุดหงิด กัดค้น หรือตึงเครียด จึงมักมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ( $r = 0.43, p < .05$ ) (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ส่วนการรับรู้ภาระการดูแล (Caregiver burden perception) ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความยากลำบาก ความกดดัน และความเดือดร้อนในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นการตอบสนองทางด้านความรู้สึกทัศนคติต่อผู้ป่วยที่มีผลทำให้การดำเนินกิจกรรมในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ประกอบด้วย

ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective burden) และภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective burden) ซึ่งผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมักมีความทุกข์ใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกกดดัน ดึงเครียด จึงส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ( $r = 0.48, p < .05$ ) (ทัตชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) ดังนั้น การรับรู้ภาระการดูแลจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับการเผชิญความเครียด (Coping strategies) ซึ่งเป็นกลวิธีหรือรูปแบบในการตอบสนองกับภาวะกดดัน ความเครียดหรือความไม่เป็นสุขภายในจิตใจของผู้ดูแล ผ่านกระบวนการทางความคิดหรือพฤติกรรม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาความสมดุล และจัดการกับสภาวะความกดดันให้ลดลงหรือหมดไป (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดมี 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem focus coping behavior) ซึ่งเป็นการตอบสนองของบุคคลที่มุ่งเน้นในการจัดการกับปัญหาหรือหาทางออกของปัญหา ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการในการแก้ปัญหาและสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีอารมณ์ทางด้านบวก มีความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นและให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบลดลง จากการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $r = 0.30, p < .05$ ) (ทัตชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) ดังนั้นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional focused coping) ซึ่งเป็นวิธีการตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ด้วยการปรับอารมณ์ความรู้สึก หรือการใช้กลไกทางจิต (Jalowiec, 1988) เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผ่านความทุกข์ ความไม่สบายใจนี้ เพียงชั่วคราวไม่ได้มุ่งเน้นจัดการกับปัญหานั้นอย่างแท้จริง (จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, 2549) หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นหลักจะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลให้ปัญหาสะสมหรือขยายตัวมากขึ้น บุคคลก็จะมี ความเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบเพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรตั้งครรภ์วัยรุ่น ( $r = 0.65, p < .01$ ) โดยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาเรื่องนี้ได้ ( $\beta = 0.30, p < .01$ ) (นฤมล สุนศักดิ์สวัสดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และเวทิส ประทุมศรี, 2560) เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน หากผู้ดูแลไม่มีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ตนเอง

รู้สึกตึงเครียด และมักแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังพบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบค่อนข้างน้อย แต่จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนวรรณกรรมอาจแสดงให้เห็นว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัว (Family relationship) ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เครือญาติหรือบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน มีการแสดงออกซึ่งความรัก เอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา และใจ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม (ปราณี สุทธิสุขนธ์ และคณะ, 2552) หากบุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดีส่งผลให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว ขาดความรักความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบ เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ การตำหนิ การแสดงความเป็นมิตรต่อกันและกันในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่มีการติดต่อสื่อสารในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสูงจะมีความเข้มแข็งในครอบครัวสูง (ทิพย์วัลย์ สุรินยา, 2550) การศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.29, p < .05$ ) (วาสนา นามเหลา, 2559) ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวจึงอาจเป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญในการประคับประคอง หรือดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งหากผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มักมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ มีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และแสดงความเป็นมิตรต่อผู้ป่วย จะทำให้อาการของผู้ป่วยกำเริบซ้ำ ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ เป็นผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเร็วขึ้น ปัจจุบันพบการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่แล้ว แต่ความแตกต่างทางศาสนาและบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ มีความแตกต่างกันไป จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าผู้ดูแลบางรายมีการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ในตัวผู้ป่วยมากเกินไป โดยไม่คำนึงถึงความสามารถที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เช่น ไม่ยอมให้ผู้ป่วยประกอบอาชีพ ไม่ให้ผู้ป่วยประกอบอาหารเอง เป็นต้น หรือในขณะที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ยังพบว่าผู้ดูแลบางรายยังมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ตำหนิผู้ป่วยในเรื่องพฤติกรรมแสดงออกซึ่งจากการสังเกตพบว่า เมื่อผู้ป่วยถูกตำหนิ มักมีอาการหงุดหงิด ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ลดลง อาจส่งผลกระทบระยะยาวเมื่อจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล อาจไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล ทั้งเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทาน ยาหลังจ่านาย ส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Relapse) จากการศึกษากการแสดงออกด้วยความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันที่มากเกินไป เป็นปัจจัย ในการทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทมากที่สุด ร้อยละ 50 (Ogbolu et al., 2013) จากสถิติ ของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกินทร์ พบว่า ปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในจำนวน 80, 32 และ 51 คิดเป็นร้อยละ 6.45, 3.21 และ 7.07 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกินทร์, 2560) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อการปฏิบัติงานและการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและส่งเสริมการพยาบาลเพื่อลดการแสดงออกทาง อารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อันจะเป็นการให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมอาการของตนเองได้และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท โดยปัจจัยคัดสรรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ ภาวะการดูแลการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว

### สมมติฐานในการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียด แบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกัน ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

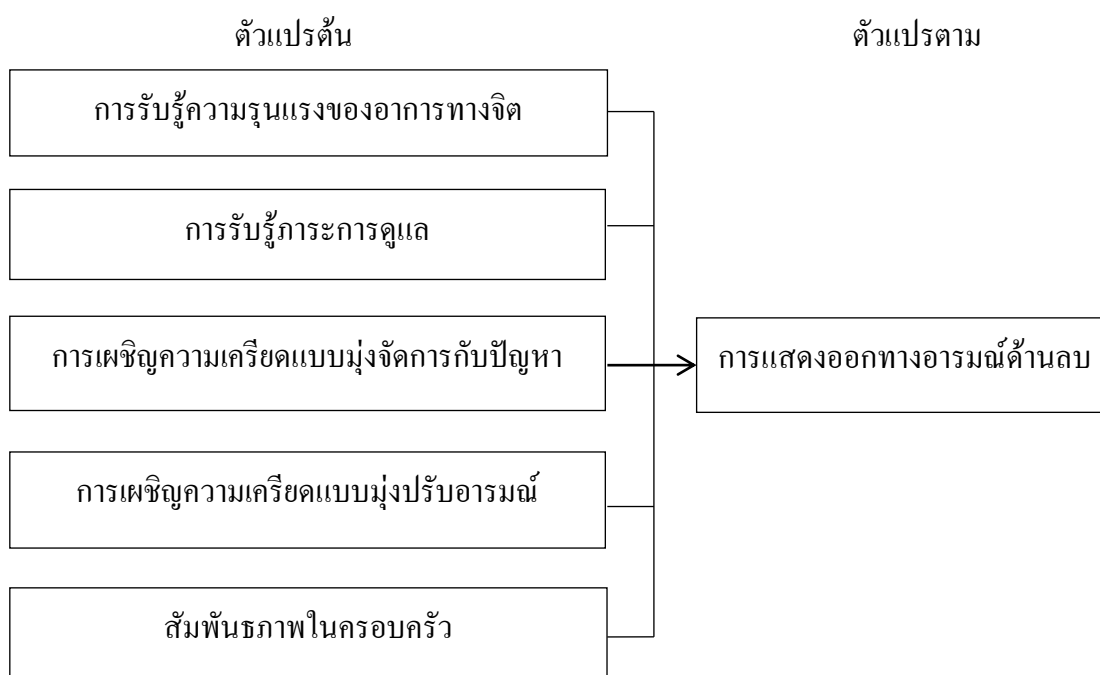
### กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดการแสดงผลออกทางอารมณ์ ของ Brown et al. (1972) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Brown et al. (1972)



ได้กล่าวว่าการแสดงออกทางอารมณ์ทางด้านลบ เป็นการกระทำที่แสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียง ภาษากาย ท่าทาง พฤติกรรมและความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ในรูปแบบที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านคำพูด น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง หรือพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยในเชิงการวิพากษ์วิจารณ์ มีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และแสดงออกด้วยท่าที่ไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย

จากแนวความคิดของ Brown et al. (1972) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยมีสมมติฐานว่าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมาก จะรู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น ร่วมกับผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหากผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยทั้งภาระการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยมากจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เข้าใจในตัวผู้ป่วย รู้สึกกดดัน ตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง ส่วนผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นหลัก ร่วมกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาน้อย จะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขและมีความตึงเครียดทางอารมณ์มากขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ร่วมกับการที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีจะทำให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว ขาดความรักความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ ซึ่งสามารถแสดง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 120 คน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ ความคิดและพฤติกรรม เป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง โดยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนใด ๆ รวมทั้งเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึง การแสดงออกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในรูปแบบคำพูด น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการไม่ยอมรับผู้ป่วย เช่น การใช้คำพูดเชิงตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ หรือแม้แต่การแสดงออกถึงความห่วงใยทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Brown et al., 1972) ประเมินด้วยแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ใช้ของ ชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) พัฒนาร่วมกับแนวคิดของ Brown et al. (1972)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต เป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อ ความรุนแรงของอาการทางจิต รวมทั้งระยะเวลาและความถี่ในการเกิดอาการทางจิตที่มีผลต่อการ ดำเนินชีวิตของผู้ดูแล (Dodd, 2001) ประเมินด้วยแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของ ผู้ป่วยจิตเภทของ ชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากการประเมินอาการทางจิต (Brief psychiatric rating scale) ของ กรมสุขภาพจิต

การรับรู้ภาระการดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้ง ด้านการตอบสนองความรู้สึก ความเครียด ความเบื่อคร้อน และความยากลำบากในการทำกิจกรรม การดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery et al., 1985) ประกอบด้วยภาระการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย จิตเภท เช่น รู้สึกอับอาย ทุกข์ใจ โกรธหรือเป็นกังวลที่ต้องดูแลผู้ป่วย เป็นต้น และภาระการดูแล เชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงลักษณะความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ลดลง หรือทำให้เกิดปัญหาเรื่องสุขภาพ ประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา เป็นวิธีการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการ ตอบสนองต่อปัญหาหรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ โดยใช้กระบวนการคิด เพื่อหาแนวทางในการ จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Jalowiec, 1988) ประเมินโดยใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียดแบบ มุ่งจัดการกับปัญหาของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Jalowiec (1988)

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นวิธีการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เผชิญ กับสถานการณ์ความตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกหรือการใช้กลไกทางจิต

เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ (Jalowiec, 1988) ประเมินโดยใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Jalowiec (1988)

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นการรับรู้ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้วยความรักและเอื้ออาทรทั้งกาย วาจาและใจ และมีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Crandall (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ (2547)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ การเชื่อมโยงทางความคิด สติปัญญา การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางด้านพฤติกรรม และอารมณ์ อาการอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ส่วนใหญ่แสดงอาการหูแว่ว หวาดระแวง หลงผิดแบบแปลกประหลาด หรือมีการพูดและการคิดที่ผิดปกติ และเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มักมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และมีความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 0.88 ผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงพอ ๆ กัน อายุที่พบอุบัติการณ์บ่อยสุดอายุประมาณ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาการป่วยประมาณ 30-34 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) สำหรับสถิติการเกิดโรคจิตเภทในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 44,759, 99,759 และ 99,865 รายตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2560) และยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่อาการทางจิตกำเริบจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลจิตเวชสูงขึ้นทุกปี สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จังหวัดสระแก้ว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 จำนวน 11,041, 9,636 และ 9,621 ราย และการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในจำนวน 80, 32 และ 51 คิดเป็นร้อยละ 6.45, 3.21 และ 7.07 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์, 2560)

### ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการหลักของโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) อาการกลุ่มนี้ประกอบด้วย Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ Disorganization thinking behavior อาการหลงผิดชนิดที่พบได้บ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิดที่คิดว่าตัวเอง ถูกปองร้าย หรือถูกกลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) และอาการหลงผิดคิดว่าพฤติกรรม หรือคำพูดของคนอื่น หรือเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัว มีความเกี่ยวข้องกับตัวเอง (Delusion of reference) อาการอื่น ๆ อาจพบได้บ้าง เช่น คิดว่าตัวเองมีความเจ็บป่วยทางกาย (Somatic delusion) หรือคิดว่าตัวเองมีความสามารถพิเศษ หรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อยจะเป็นอาการหูแว่ว (Auditory hallucination) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน ได้แก่ การได้ยินเสียงคนพูดเรื่องของผู้ป่วย (Voice discussing) และเสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (Voice commenting) และอาการด้านกระบวนการคิดไม่เป็นระเบียบ (Disorganized) ผู้ป่วยจะมีความคิดและการกระทำไม่อยู่กับร่องกับรอย ทำให้บางครั้งยากแก่การเข้าใจว่าผู้ป่วยทำอะไรอยู่

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) เป็นอาการสำคัญในโรคจิตเภทอาการเหล่านี้ ได้แก่ พุดน้อย เนื้อหาที่พุดมีน้อย นานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงอย่างมาก (Affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) มีความเฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไรเลย ไม่สามารถรู้สึกมีความสุข (Anhedonia) แม้มีเรื่องดี ๆ เกิดขึ้น และมักเก็บตัวอยู่เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มิกิจกรรมที่สนุกสนาน

3. กลุ่มอาการด้านกระบวนการคิด (Cognitive symptom) กลุ่มอาการด้านนี้ผู้ป่วยจะมีอาการ Cognitive dysfunction ได้แก่ อาการมีสมาธิแย่ลง การตีความสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองบกพร่อง มีความบกพร่องในการจดจำสิ่งของชั่วคราวเพื่อใช้งาน (Working memory) และไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ เป็นต้น Cognitive dysfunction เป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้ เริ่มพบได้ในระยะอาการนำ (Prodromal phase) แย่ลงขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งแรก จากนั้นค่อนข้างคงที่อยู่ตลอดแม้ผู้ป่วยจะอาการทุเลาจากอาการหูแว่ว ประสาทหลอนแล้ว ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดังเดิม

4. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective symptom) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อย แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น หรืออารมณ์คึกคักแบบ Mania อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้จะไม่เด่นชัด และมีอาการไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับอาการด้านบวก ในช่วงที่มีอาการดีขึ้นจากอาการด้านบวก

จะพบอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น (Post-schizophrenia depression) ผู้ป่วยจะรู้สึกซึมเศร้าจากการตระหนักว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิต ยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยของตน รู้สึกหมดหวังกับอนาคต

5. อาการอื่น ๆ พบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตัวเองผิดปกติ (Lack of insight) ทำให้ไม่ยอมรับรักษาแม้อาการจะกำเริบหลาย ๆ ครั้งแล้วก็ตาม บางคนมีอาการ Social cognitive deficit ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกว่าคนอื่นคิดอะไร ต้องการอะไร บางครั้งอาจเอาเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันมาเกี่ยวข้อง เป็นเรื่องราวเดียวกันกับอาการหลงผิดของตนเอง อาจพบ Neurological soft signs ในผู้ป่วย เช่น มีความบกพร่องของ Motor coordination, Sensory integration และ Motor sequencing ของการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน และมีความผิดปกติของ Smooth pursuit eye movement เป็นต้น

#### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยการซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจสภาพจิต รวมถึงการซักประวัติจากผู้ดูแลกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ โดยใช้การจำแนกโรคหรือความผิดปกติทางจิต เพื่อให้สามารถวิเคราะห์โรคต่าง ๆ ได้ ตามหลักสถิติ ปัจจุบันมีการจำแนกความผิดปกติทางจิตเป็น 2 ระบบ คือ

1. การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) ตามที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย เพื่อจัดจำแนกโรคตามกลุ่มต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับสากล ปัจจุบันในประเทศไทยใช้ระบบ ICD-10 เพื่อจำแนกโรคตามกลุ่มต่าง ๆ ตามความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (Mental and behavioral disorders) (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) การวินิจฉัยโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 ดังนี้ คือ

1.1 มีความผิดปกติทางด้านความคิด มีความคิดก้องสะท้อน ความคิดถูกดึงออกมา (Thought echo) ความคิดถูกสอดแทรก (Thought insertion) ความคิดหายไป (Thought withdrawal) ความคิดถูกส่งกระจายสู่ภายนอก (Thought broadcasting)

1.2 มีความคิดหลงผิดว่าถูกควบคุมจากอิทธิพลจากภายนอก มีอาการหลงผิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับรู้จริง ๆ (Delusion perception) โดยผู้ป่วยรับรู้แล้วกลับคิดว่ามีความหมายเป็นอย่างอื่น

1.3 มีความคิดหลงผิดฝังแน่น ซึ่งไม่เข้ากับวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ เช่น มีพลังอำนาจเหนือมนุษย์ ตัวอย่างเช่น สามารถควบคุมธรรมชาติได้ หรือสามารถสื่อสารกับสิ่งมีชีวิตต่างโลกได้

1.4 อาการประสาทหลอน จะเป็นแบบใดก็ได้แต่ต้องเป็นอยู่เรื่อย ๆ อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้ต้องมีทุกวันอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน ที่พบได้บ่อยคือ ประสาทหลอน

ทางตา ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางผิวหนัง เป็นต้น

1.5 มีเนื้อหาความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดจาวนไปวนมาไม่ตรงประเด็น หรือมีการใช้คำที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นมาเอง (Neologism)

1.6 มีพฤติกรรมแบบไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นระยะเวลานาน หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมาก เช่น วางท่าแปลก ๆ เหมือนหุ่นขี้ผึ้ง อยู่ท่าเดิมนาน ๆ ไม่พูดไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม

1.7 มีอาการในทางลบ (Negative symptom) เช่น สีหน้าไม่แสดงอารมณ์อย่างรุนแรง มีอารมณ์เฉยเมยหรือไม่เหมาะสม มีการตอบสนองทางอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

1.8 มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมาก และเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัวออกจากสังคม ไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมกมุ่นอยู่กับตัวเอง เป็นต้น จากอาการต่าง ๆ การที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้คือ ผู้ป่วยมีอาการตามข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 4 ข้อใดข้อหนึ่งอย่างชัดเจน หากไม่ชัดเจนควรมีอย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป แต่ถ้าเป็นอาการข้อที่ 5 ถึงข้อที่ 8 ต้องมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป และมีระยะเวลาการเกิดอาการต้องเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน

2. การวินิจฉัยแยกโรคตามระบบ DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> Edition) เป็นหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) เป็นหลักเกณฑ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย รวมทั้งในประเทศไทยด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทดังนี้

2.1 มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 2.1.1-2.1.3 อยู่ 1 อาการ (อาจน้อยกว่าหากได้รับการรักษาแล้วได้ผล) ได้แก่

2.1.1 อาการหลงผิด (Delusions) เป็นความผิดปกติทางด้านความคิด เช่น หลงผิดคิดว่าตัวเองถูกปองร้าย (Persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าตัวเองถูกพาดพิงนินทา จากข่าวในหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ (Delusion of reference) หรือหลงผิดที่มีเนื้อหาแปลกประหลาด (Bizarre delusion) เช่น คิดว่าร่างกายของตนเองถูกควบคุมจากมนุษย์ต่างดาว เป็นต้น

2.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบได้บ่อยคือ หูแว่ว (Auditory hallucination) ได้ยินเสียงเป็นเรื่องราวชัดเจน เช่น เสียงคนพูดคุยกัน เสียงคนวิจารณ์ตัวเอง หรือสั่งให้ทำตาม หรืออาจพบอาการอื่นเช่น เห็นภาพหลอน (Visual hallucination) เช่น เห็นเป็นคนผีหรือสิ่งของ เป็นต้น



2.1.3 ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech) ผู้ป่วยจะมีการพูดไม่ค่อยเข้าใจ การพูดไม่ต่อเนื่อง (Loosening of association) หรือพูดไม่รู้เรื่องทำให้ไม่มีใครอยากพูดคุยด้วย

2.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior) มีพฤติกรรมแต่งกายสกปรก แปลก ไม่สนใจตัวเอง มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรืออาการพฤติกรรมเกร็งแข็งเป็นเวลานาน (Catatonic behavior) ที่เห็นได้ชัด

2.1.5 อาการด้านลบ (Negative symptoms) มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่เฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ (Affective flattening) พูดน้อย หรือไม่พูดเลย (Alogia) ไม่มีแรงจูงใจ หรือเฉื่อยชาลง (Avolition) ขาดความยินดีในร้าย (Anhedonia) อาการจะค่อยเป็นค่อยไป มักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค

2.2 สูญเสียความสามารถด้านสำคัญ ๆ เช่น สูญเสียในการทำหน้าที่ด้านสังคม ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเองลดลงไปจากเดิมอย่างเห็นได้ชัดอย่างน้อย 1 ด้าน

2.3 มีความผิดปกติต่อเนื่องระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบ (Active phase) เกิดขึ้นนานอย่างน้อยนาน 1 เดือน (ตามข้อ 2.1) หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษาแล้วได้ผล และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (Prodromal symptoms) หรืออาการหลงเหลือ (Residual symptoms) ด้วย อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ 2.1 ตั้งแต่ 2 อาการ แต่มีอาการแสดงออกให้เห็นเพียงเล็กน้อย

2.4 อาการที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากสาเหตุทางด้านร่างกาย ยา หรือจากสารเสพติด สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแบบ ICD-10 ตามที่สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้จึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10

### สาเหตุของโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors)

1.1 พันธุกรรม มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในกลุ่มที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และยังพบว่า คู่แฝดไข่ใบเดียวกันของผู้ป่วย (Monozygotic twins) มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 47 (นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2559) หากยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดยิ่งมีโอกาสสูง

โรคนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ส่งผลให้เกิดการทำงานระหว่างเซลล์ประสาทและกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่าง ๆ ในระบบประสาทผิดปกติ

1.2 สารชีวเคมีในสมอง โดยเชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท สมมติฐานที่ยอมรับในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนที่มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต และเมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ลดการทำงานของสารโดปามีนจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หากสารโดปามีนมีการหลั่งผิดปกติในบริเวณส่วนของสมอง สเตรียม (Striatum) จะทำให้เกิดอาการด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างโดปามีน (Dopamine) และซีโรโทนิน (Serotonin) ในระยะหลังพบว่าสารส่งผ่านประสาท Glutamate อาจมีส่วนเกี่ยวข้องทำให้เกิดความผิดปกติของโรคจิตเภท โดยพบว่าการทำหน้าที่ของ N-methyl-D aspartic acid [NMDA] receptor ซึ่งเป็น Receptor ของ Glutamate ลดลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งเกิดจากความผิดปกติของกายวิภาคของสมอง ได้แก่ การมีปริมาณของเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ Cortical gray matter และมี Ventricle โตกว่าปกติสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ ส่งผลให้การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และมีความบกพร่องด้านกระบวนการคิด

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่าการทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากการทำงานผิดปกติบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง แต่เกิดจากความผิดปกติจากการทำงานของสมองหลาย ๆ วงจรที่เกี่ยวข้องโยงกัน โดยพบว่าเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) และกลูโคส เมตาโบลิซึม (Glucose metabolism) มีการลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ทำให้มีการเคลื่อนไหวและการแสดงออกอารมณ์ที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Sadock, Auerbach, Rybarczyk, & Aggarwal, 2014)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเกิดจากความผิดปกติทางพัฒนาการในวัยเด็ก โดยเฉพาะขบวนการทำให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และมีการตอบสนองต่อความเครียดไม่ดี เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจที่ไม่สามารถควบคุมได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

3. ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors) อาการของโรคที่กำเริบบ่อยมักพบในครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High Expression-emotion [High EE]) (Ogbolu et al., 2013) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้ขุ่นกับผู้ป่วยมากเกินไป

(Emotional over involvement) มีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท การใช้คำพูดที่มีความรุนแรงในครอบครัวทำให้อาการของผู้ป่วยกำเริบได้ (Butzlaff & Hooley, 1998)

4. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) จากการศึกษา พบว่าสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมมีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิต คือประชากรที่อยู่ในสังคมเศรษฐกิจต่ำ มีสมมติฐานที่เชื่อว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้มีสถานภาพทางสังคมลดลง (Downward drift hypothesis) หรือสภาพทางสังคมที่กดดันอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเพิ่มขึ้นได้ (Social causation) (นันทวิช ลิทธิรักษ์ และคณะ, 2559)

ปัจจุบันยังไม่ทราบถึงสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรค มีความเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการจากหลาย ๆ สาเหตุ ในปัจจุบันมีแนวคิดที่เป็นที่ยอมรับ คือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะป่วยอยู่แล้ว และเมื่อพบกับภาวะกดดันบางอย่างทำให้อาการของโรคเกิดขึ้น หรือสภาพกดดันอาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลาย ๆ ปัจจัยรวมกัน

#### การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการมาก จำเป็นต้องมีการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการทางจิต หรือเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อน แม้กระทั่งปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ และการรักษาโรคจิตเภทมีหลากหลายวิธี สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากเพื่อช่วยควบคุมอาการทางจิตแล้วยังสามารถลดอาการกำเริบของโรคได้ ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ยาในกลุ่มยาด้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) มีหลายลักษณะ คือ ยาชนิดเม็ด ยาน้ำ การที่จะเลือกใช้ยาเพื่อรักษานั้นขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ป่วยและการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การรักษาอาการทางจิตแบ่งตามระยะและความรุนแรงของโรคได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือเพื่อลดอาการทางจิตลงโดยเร็ว เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน และเพื่อช่วยทำให้อาการหรือพฤติกรรมรุนแรงยุติลง ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกและไม่เคยรักษามาก่อนมักตอบสนองต่อยานานต่ำ และจะเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ง่าย

1.2 ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) หลังจากการรักษาอาการทางจิตทุเลาแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องคงสภาพของการรักษา โดยให้ยารักษาโรคจิตขนาด

เท่าเดิมนานต่อ 6 เดือน หากผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาอาจมีการปรับเปลี่ยนยาเพื่อลดอาการข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง

1.3 ระยะเวลาที่ (Stable หรือ Maintenance phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการของโรคจิตกำเริบ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาต่อมีโอกาสอาการกำเริบภายใน 1 ปี จึงแนะนำหากอาการทุเลาควรรับประทานยาต่ออย่างน้อย 1 ปี ครั้งถึง 2 ปี และพิจารณาลดปริมาณยาลงช้า ๆ ใช้ระยะเวลาเป็นเดือน ๆ และนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการเพื่อให้คำแนะนำเพื่อสังเกตอาการเริ่มต้นของอาการกำเริบ ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่สอง ควรให้ยานานต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy [ECT]) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทมักตอบสนองไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา แต่ผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วยมักได้ผลดี โดยทั่วไปมักใช้ในรายที่มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผลจึงให้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย โดยทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 6-12 ครั้ง ผู้ป่วยชนิดคาทาโทนิค (Catatonic) ที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) ร่วมด้วย การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้อาการสงบได้เร็วขึ้น

3. การรักษาจิตสังคม การรักษาจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักจะก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้อาการทางจิตดีขึ้น การรักษาจิตสังคมเป็นการรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่าง ๆ จิตใจได้รับการประคับประคอง และเพื่อให้เข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกด้าน ซึ่งการบำบัดการรักษาสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดประคับประคอง โดยการตั้งเป้าหมายตามที่จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น การค้นหาวิธีแก้ปัญหาในแบบที่เขาสามารถทำได้ ให้คำแนะนำบางประการในฐานะผู้ที่มีความรู้มากกว่า เป็นต้น

3.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psycho education หรือ Family counseling) การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยให้ญาติหรือครอบครัวเข้าใจตามความจริง เช่น ผู้ดูแลมักคิดว่าเป็นเพราะคนที่ทำให้ลูกป่วยเป็นโรคจิต จึงเกิดความรู้สึกผิด กล่าวโทษตนเอง หรือการใช้อารมณ์ต่อกันในครอบครัวสูง เป็นต้น

3.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการทำกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยการส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน ไม่โดดเดี่ยว มีคนเข้าใจ มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะการเข้าสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นต้น

3.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมบางอย่างเท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตัวเอง

#### ผลกระทบของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสื่อมของการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) การรักษาจึงเน้นรักษาตามอาการเพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและกลับบ้านโดยเร็ว ให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้อาการของผู้ป่วยคงที่ได้ยาวนานที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคจิตเภทพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง เป็นแล้วมักไม่หายขาด จะมีอาการกำเริบอยู่เรื่อย ๆ มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังระยะเวลาในการรักษานานจนก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว และคนในสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรัง ทำให้สูญเสียการทำหน้าที่เกือบทุกด้าน มักพบมีความเสื่อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความเสื่อมในการเข้าสังคมโดยการดำเนินของโรคประกอบด้วย ระยะที่อาการทางจิตสงบ และระยะมีการกำเริบของโรค แม้ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแล้ว อาการจะทรงตัวอยู่ตลอดเวลาหลัง 5 ปี อาการทางบวกจะลดความรุนแรงลง อาการทางลบจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (เสาวนีย์ คงนิรันดร์, 2559) สูญเสียการทำหน้าที่ทุกด้านไปตลอดชีวิต

2. ผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว จากลักษณะอาการของโรคที่มีความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคสูง และมีความเรื้อรังของการรักษา ทำให้คนในครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งจากอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น อาการก้าวร้าวรุนแรง ความไม่สนใจในกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดความเครียด กังวล เบื่อหน่าย จนเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมจากการดูแลได้

3. ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม เมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในชุมชนหากไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการทางจิตกำเริบ สร้างความเดือดร้อน หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นที่น่ารังเกียจและอาจเป็นอันตรายต่อชุมชนและสังคมได้

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติและต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต จนทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะช่วงอาการกำเริบของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องควบคุมด้านอารมณ์ของตนเอง ไม่แสดงออกถึงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วย

ครอบครัว และสังคมอยู่ร่วมกันได้อย่างผาสุก

## ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (Horowitz, 1985) ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่กระทำโดยตรง ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือและพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนใด ๆ มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือเป็นญาติผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง โดยมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ผู้ดูแลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล ดังนี้ (Horowitz, 1985)

1. ผู้ดูแลหลัก (Major/ Primary caregiver) หมายถึง บุคคลที่เป็นคนหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Provide direct care) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น ๆ เช่น การทำหน้าที่ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ หรือมีความผิดปกติทางด้านความเสี่ยงของร่างกาย เป็นผลทำให้มีความผิดปกติทางพฤติกรรม ซึมเศร้า หวาดระแวง ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิต ก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษา

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล ทำหน้าที่ในการดูแลหรือทำกิจกรรมบางอย่าง ซึ่งไม่ได้ทำกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง และไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น รับหน้าที่ในกิจกรรมบางอย่างเป็นครั้งคราว หรือเมื่อจำเป็น หรืออาจเป็นผู้ช่วยผู้ดูแลหลักเท่านั้น

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษารั้งนี้หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง โดยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ รวมทั้งเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์

### บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็น โรคที่มีอาการเสื่อมของการทำหน้าที่ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ หรือแม้แต่การเข้าสังคม ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำหน้าที่แทนผู้ป่วย และให้การสนับสนุนในส่วนที่บกพร่อง (ภัทรภรณ์ ทุ่งคำปิ่น และสิริลักษณ์ วรรณนะพงษ์, 2551) โดยหน้าที่สามารถแบ่งออกตามบทบาทหน้าที่เป็น 3 ด้าน คือ

1. การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน โดยการทำหน้าที่คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรตามความสามารถของตนเองให้มากที่สุด และให้ความช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง หรือทำได้ไม่สมบูรณ์ อันเนื่องมาจากความบกพร่องทางด้านกระบวนการคิด การรับรู้ หรือพฤติกรรม คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง การช่วยเหลือที่ควรให้มีดังนี้

1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลควรช่วยเหลือในส่วนของการกระตุ้นผู้ป่วย และจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดร่างกาย หรือให้การช่วยเหลือบางส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ หรือทำไม่สมบูรณ์

1.2 การรับประทานอาหาร ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 3 มื้อ กรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความอยากอาหาร หากมีความต้องการที่มากเกินไปควรเน้นอาหารที่มีกากใย ไม่เน้นอาหารจำพวกแป้งหรือไขมัน หรือหากมีความต้องการอาหารที่น้อยเกินไป ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารระหว่างมื้อ หรือเพิ่มอาหารพวกผลไม้ เป็นต้น

1.3 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลควรจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวนเวลานอน หรือเวลาพักผ่อน ผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 6-8 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน และครั้งถึง 1 ชั่วโมง ในเวลากลางวัน หากผู้ดูแลสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนหลับพักผ่อนติดต่อกัน ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ปรับเปลี่ยนการรักษา

1.4 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรม หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อความแข็งแรงของร่างกาย

1.5 การสื่อสาร ผู้ดูแลควรสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาและเป็นประโยชน์ที่เข้าใจง่าย ได้ใจความไม่เน้นรายละเอียดที่ไม่มีความจำเป็น ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความกดดัน หรือเกิดความเครียดได้ง่าย

1.6 การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรลดกิจกรรมสถานการณ์ หรือคำพูดที่ก่อให้เกิดความเครียด เพราะผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการทนต่อความเครียด หากมีความเครียดมากอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้

2. การจัดการกับอาการของโรค ผู้ดูแลจะต้องคอยสังเกตพฤติกรรมหรืออาการเตือนของอาการทางจิต และจัดการกับอาการของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการกำเริบที่คาดเดาไม่ได้ (ภัทรภรณ์ ทุ่งคำปิ่น และสิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, 2551) อาการที่ควรสังเกตมีดังนี้

2.1 อาการทางจิต ผู้ดูแลควรคอยสังเกตพฤติกรรมหรืออาการที่แสดงออกของผู้ป่วย หากมีความผิดปกติควรแสดงออกด้วยท่าทีสงบ ไม้โต้แย้ง ไม้ตำหนิ และอธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ ในความเป็นจริงที่เกิดขึ้นด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

2.2 อาการก้าวร้าว ผู้ดูแลควรคอยสังเกตอาการก้าวร้าวที่เกิดขึ้น หากมีอาการก้าวร้าวรุนแรงควรขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หรือหน่วยงานของรัฐ คอยจัดสิ่งแวดลอมเก็บสิ่งของที่ จะใช้เป็นอาวุธเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยไปทำร้ายผู้อื่น และทรัพย์สิน คอยอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

2.3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง ผู้ดูแลสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีแนวโน้ม หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง คอยดูแลอุปกรณ์ที่จะใช้เป็นอาวุธให้มิดชิด พุคคย และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อให้อาการสงบและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น

3. การดูแลเรื่องยา ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลาแล้วควรได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังจากอาการทางจิตทุเลาจะพบปัญหาเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากคิดว่าตัวเองหายจากโรคแล้ว หรือมีความ เบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีส่วนสำคัญที่จะคอยดูแล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา หรือคอยจัดเตรียมยาให้เป็นไปตามแผนการรักษาของ โรงพยาบาล

จากการที่ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ เป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือดูแลให้สามารถ ที่จะอยู่ด้วยกันได้ และช่วยลดอาการที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้เร็วขึ้น และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

โรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิด พฤติกรรมการแสดงออกได้ ตลอดเวลา และไม่มี ความแน่นอน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะเข้าและออก โรงพยาบาลจิตเวช ตลอดชีวิต ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จากการทำหน้าที่ดังกล่าวอาจทำให้มี ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล และส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เช่นกัน

#### **ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

สำหรับผู้ดูแลที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย อันเนื่องมาจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความ โกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของการทำหน้าที่และจะมีบุคลิกภาพที่เสื่อมลง เรื่อย ๆ โดยพบว่าผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา หลัง 5 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมที่



เกี่ยวข้องพบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เพราะผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการดูแลเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมประจำวัน และอาการของโรคมักมีการกำเริบเป็นช่วง ๆ ในระยะที่มีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอาจตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน และต้องทำต่อเนื่องในระยะยาว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) และลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏทางด้านร่างกาย คือ อาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย สุขภาพทรุดโทรม และจากการที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรังจากการถูกคุกคามทางอารมณ์ได้ ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าระวังและสังเกตอาการที่จะเกิดขึ้นอยู่ตลอด ทำให้การนอนหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลา (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) มีความอ่อนล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หรืออาจเกิดความเจ็บป่วยได้

2. ผลกระทบด้านอารมณ์ จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านความคิด และพฤติกรรมเป็นระยะเวลานาน และในบางรายคอยเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตัวเองที่เกิดจากอาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รู้สึกมีความทุกข์ ท้อแท้ วิตกกังวล หวาดกลัวอันตรายจากพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้น ได้ตลอดเวลา (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่นอันเนื่องมาจากความคิดหลงผิด หวาดระแวง มีอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้บางครั้งผู้ดูแลไม่อยากดูแลผู้ป่วย (จิรพร รักการ, 2549) และในบางครั้งผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม บางครั้งเกิดอารมณ์หลายอย่างต่อการดูแล เช่น อารมณ์โมโห หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล เบื่อหน่าย รวมถึงความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เกิดจากความกลัวที่ผู้ป่วยจะทำร้าย ความหนักใจ ความยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการ ความกังวลใจว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร บางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วย

3. ผลกระทบด้านสังคม การที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม มีผลทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ดูแลไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เพราะอาการของผู้ป่วยไม่สามารถที่จะกำหนดเวลาการเกิดได้ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง (Thomson, 1993) มีความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัวลดลง ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงลดลง และยิ่งไปกว่านั้นผู้ดูแลยังลดการเข้าสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้คนในสังคม เพื่อนบ้าน รู้ว่ามีคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นที่น่ารังเกียจ นำอับอายของคนในครอบครัว หรือเป็นอันตรายต่อสังคม (Eakes, 1995)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การที่ต้องมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ทำงานประกอบอาชีพ ไม่มีงานประจำ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ทั้งค่าเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลและค่ายา การขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ เพราะต้องมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยมารับการรักษา ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง และรู้สึกเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบหารายได้เพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ภายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินชีวิต และตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล (Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrabaki, 2015)

โรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิด พฤติกรรมการแสดงออกได้ตลอดเวลา และไม่มีความแน่นอน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะเข้าและออกโรงพยาบาลจิตเวชตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ด้านเศรษฐกิจและสังคม จากผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เช่นกัน

### การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ การบำบัดรักษาจึงต้องให้ความสำคัญและครอบคลุมทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed emotion) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในรูปแบบของน้ำเสียง ภาษา ท่าทาง อารมณ์ และทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Brown et al., 1972) องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก คือ การแสดงออกด้วยความหวังดี เข้าอกเข้าใจ อบอุ่น เป็นมิตร ด้วยท่าทางที่เป็นธรรมชาติ และมีความชื่นชมยินดีต่อพฤติกรรมคำพูดของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงออกถึงความหวังดี เข้าอกเข้าใจ และให้ความสนใจในตัวของผู้ป่วยด้วยน้ำเสียง กิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

1.2 ความชื่นชม (Positive remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ ยกย่องชมเชยในพฤติกรรมในด้านที่เหมาะสมของผู้ป่วย

จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก มักจะพบว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเป็นผลมาจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาประมาณหนึ่ง ทำให้มีทักษะและการปรับตัวต่อบทบาทของตนเอง ขอมรับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น และส่วนใหญ่เชื่อว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากเรื่องเหนือธรรมชาติ (ทัตชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) และผู้ดูแลที่มีความผูกพันทางสายเลือดย่อมเกิดความรู้สึกห่วงใยและส่งสารเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย และเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่ต้องคอยดูแลให้สมาชิกในครอบครัวหายจากการเจ็บป่วย หรือให้การเจ็บป่วยนั้นทุเลา (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549)

2. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ คือ การแสดงออกในรูปแบบคำพูด น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง หรือแม้แต่การแสดงถึงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึง การใช้คำพูดและ/ หรือน้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พอใจ หรือไม่เห็นชอบต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วย แม้แต่การให้คำแนะนำเชิงตำหนิ

2.2 การแสดงออกด้วยความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion over involvement) หมายถึง การแสดงออกด้วยความเป็นห่วง กังวล การเอาใจจดจ่อ (Devoted behavior) โดยมีการแสดงออกที่มากเกินไป เช่น การที่ผู้ดูแลเข้าไปจัดการกิจกรรมส่วนตัวของผู้ป่วยมากเกินไป จนเกินพอดี จนผู้ป่วยไม่มีความเป็นอิสระในการคิดและตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ด้วยตัวเองทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยมีความสามารถและศักยภาพในการกระทำ หรือเพื่อต้องการรู้เรื่องของผู้ป่วยในทุก ๆ เรื่อง

2.3 ความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การวิพากษ์วิจารณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ผู้ดูแลมีการวิพากษ์วิจารณ์เรื่องทั่ว ๆ ไป โดยที่ไม่รู้ตัว (Generalization of criticism) เช่น เขาเป็นคนไม่มีประโยชน์ สกปรก ไม่มีระเบียบ เป็นต้น (Brown et al., 1972) นอกจากนั้นยังหมายถึง ผู้ดูแลไม่ยอมรับผู้ป่วยในฐานะความเป็นบุคคล (Rejection of the patient as person)

การศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ล้วนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกยุ่งยากในการจัดการกับพฤติกรรม นำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการตำหนิ เชิงวิพากษ์วิจารณ์ในพฤติกรรมของผู้ป่วย มีการใช้ความรุนแรงเพื่อจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ และเมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ผู้ดูแลยังต้องดูแลผู้ป่วยแบบใกล้ชิด บางครั้งมากเกินไป เพราะกังวลว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบขึ้นอีก (ทัตชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) และส่วนหนึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเกี่ยวพันกันแบบบิดา-มารดา มักจะดูแลผู้ป่วยแบบปกป้องมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ทางสายเลือด และจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสร้างปัญหาหรือภาระ ทำให้คนใน

ครอบครัวเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เครียดกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีพฤติกรรมเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย

และจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเรื้อรัง มักมีผลกระทบตามมาจากการดูแล เช่น ความเบื่อหน่ายกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวกังวล หวาดกลัวกับอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้ เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดี อาจทำให้เกิดความห่างเหิน ขาดความรักความผูกพันในครอบครัวได้ ผลที่เกิดขึ้นส่งผลต่อตัวผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าวมักเกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้านลบมากกว่าด้านบวก

#### สาเหตุของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการที่จะควบคุมอาการและลดพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การพูดด้วยเสียงที่ดัง หรือมีการแสดงออกด้วยท่าทางเพื่อควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ดูแลมีบุคลิกภาพเดิมที่มักแสดงออกในลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ หรือผู้ดูแลที่มีความรู้สึกผิดต่อผู้ป่วยจิตเภท คิดว่าเป็นเพราะสาเหตุจากตนเองที่ทำให้เป็นโรคจิตเภท จะพบบ่อยในผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดามากกว่าผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวพันด้านอื่น ๆ มักจะแสดงออกด้วยความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป หรือผู้ดูแลที่มีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวอยู่ก่อนแล้ว มักแสดงออกทางอารมณ์ต่อคนในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม (Watts, 2007)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่รุนแรงมีการกลับเป็นซ้ำของโรค ร้อยละ 21 (Banerjee & Retamero, 2014) และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เป็นการวิพากษ์วิจารณ์เชิงตำหนิ การแสดงออกด้วยความไม่เป็นมิตร และการแสดง ความผูกพันที่มากเกินไป เป็นปัจจัยในการทำงานการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทมากที่สุด ร้อยละ 50 (Ogbolu et al., 2013) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่หลากหลายที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ภาระการดูแล ระยะเวลาในการเผชิญหน้าระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความร่วมมือในการรับประทานยา อาการและความรุนแรงของโรค อายุของผู้ป่วย ตลอดจนเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือทางสังคม เป็นต้น การศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นแต่เพียงศึกษาผลของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่มีต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ อย่างไรก็ตามการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกับปัจจัยภายในตัวของผู้ดูแลและการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม

ด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทำให้รู้สึกโกรธ หงุดหงิดใจ หรือมีความทุกข์ภายในจิตใจเมื่อแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมออกไป ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องสนใจและให้ความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว การศึกษานี้จึงเน้นที่จะศึกษาผลของปัจจัยภายในตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อการแสดงออกทางอารมณ์เท่านั้น ซึ่งความรู้ความเข้าใจดังกล่าวจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากกรอบแนวคิดของ Brown et al. (1972) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (The perceived severity of psychotic symptoms) เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ได้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นจากที่ตนเองเคยรู้สึก หรือเคยปฏิบัติ โดยที่ต้องใช้ความสามารถ สถิติปัญญาในการรวบรวมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความรุนแรง สาเหตุและเป็นผลกระทบต่อชีวิต (Dodd et al., 2001) หรือเป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจที่มีการแสดงออกทางความรู้สึก ในด้านความรุนแรงของอาการทางจิตที่มีต่อร่างกายและจิตใจก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแล หรือมีผลกระทบต่อการทำงานที่ในสังคม เพราะการที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการของผู้ป่วย แม้ว่าจะได้รับการรักษาแต่อาการบางอย่างคงหลงเหลืออยู่ อาการของผู้ป่วย จะไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ผู้ป่วยอาจจะแสดงออกของอาการด้านบวก เช่น มีความคิดผิดปกตินูแว่ว ประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด ไม่สนใจดูแลตัวเอง พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แต่งกายไม่เหมาะสม สกปรก เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) และอาการด้านลบ หรือด้านอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น มีอารมณ์เฉยเมย ไม่ยินดียินร้ายต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ สูญเสียการเข้าสังคม หากเจ็บป่วยเรื้อรังอาจมีอาการซึมเศร้า และนำพาไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตัวเองได้ (นันทวิษ สัทธีรักษ์ และคณะ, 2559) ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล ซึ่งการรับรู้อาการทางจิตของผู้ดูแลแปรผันตามอาการทางจิตของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตผู้ดูแลต้องรับรู้

และเผชิญกับอาการของผู้ป่วยตลอดเวลาที่ให้การดูแล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดูแลอาการทางจิตของผู้ป่วยที่คาดเดาไม่ได้ หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้อาการทางจิตที่ดี มีการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตได้ รับรู้ผลที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยและมีการแสดงออกทั้งด้านภาษา ท่าทาง พฤติกรรมหรืออารมณ์ ได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดความขัดแย้งในการดูแลระหว่างการทำหน้าที่ให้การดูแล และจากการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านลบ ( $r = .43, p < .05$ ) (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตจึงอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. การรับรู้ภาระในการดูแล (Caregiver burden perception) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ให้การดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมส่งผลให้เกิดความกดดัน ความเครียด และความเดือดร้อนในการดูแล สามารถแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น รู้สึกอับอาย ทุกข์ใจ โกรธหรือเป็นกังวลที่ต้องดูแลผู้ป่วย มีความรู้สึกเกินกำลัง เป็นต้น และภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงลักษณะความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้ตามความเป็นจริง ที่เกิดจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น ขาดความเป็นอิสระในการใช้ชีวิตความเป็นส่วนตัว ลดลง มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีปัญหาด้านหน้าที่การงาน ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมลดลง หรือทำให้เกิดปัญหาเรื่องสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) และจากที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการดูแลที่ยาวนาน ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลที่เกิดจากความบกพร่องของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงความเป็นภาระในการดูแลสูง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวลดลง (สกาเวเดียน กลิ่นน้อย, 2555) และการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกกดดันทางใจ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยด้านลบ จะส่งผลกระทบต่อตอบสนองความรู้สึกของตัวผู้ป่วยเอง เป็นผลทำให้เกิดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เกิดการตำหนิหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งของสีหน้า ท่าทาง คำพูด ความรู้สึกถึงการกระทำ รวมถึงการแสดงความห่วยที่มีมากเกินไป (Brown et al., 1972) และจากการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาระการดูแลเชิงอัตนัยสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ ( $r = .48, p < .05$ ) (ทัศนญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร

เกิดโชค, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงความทุกข์ โกรธ หรือมีความเป็นกังวลที่เกิดจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สูง จะส่งผลต่อการแสดงออก ทางด้านอารมณ์ของตัวผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ทั้งด้านสีหน้า ภาษา ท่าทาง หรือพฤติกรรม ที่แสดงออก และอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบที่เกิดจากตัวผู้ดูแลได้ ดังนั้นการรับรู้ภาวะ ในการดูแลจึงเป็นปัจจัยที่ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. การเผชิญความเครียด (Coping strategies) เป็นกลวิธีหรือรูปแบบในการตอบสนอง กับภาวะกดดัน ความเครียดหรือความไม่มีความสุขภายในจิตใจของผู้ดูแล ผ่านกระบวนการทาง ความคิดหรือพฤติกรรมโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาความสมดุล และจัดการกับสภาวะความกดดัน ให้ลดลงหรือหมดไป (Lazarus & Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem focused coping) หมายถึง การมุ่งเน้นจัดการกับปัญหาโดยตรง โดยการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อ หาทางแก้ไขหรือจัดการกับปัญหา โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่าที่ได้รับ (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) หากมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพและใช้การเผชิญความเครียด ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเป็นระยะเวลานานจะทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ (นิตยา ศรีจาง, 2559) การที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตที่ยาวนาน และการเปลี่ยนแปลงของอาการ ผู้ป่วยเป็นแบบที่คาดเดาไม่ได้ บางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความ กดดัน ความเครียด หรือบางครั้งเกิดความหวาดกลัวจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย หรือต้องคอยเฝ้าระวัง อันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตัวเองที่เกิดจากอาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรม ที่เป็นปัญหา เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ ท้อแท้ วิตกกังวล หวาดกลัวอันตรายจากพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้น ได้ตลอดเวลา (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) และหากพบว่าผู้ดูแลขาดการเผชิญความเครียดแบบ มุ่งจัดการกับปัญหา ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง (Brown et al., 1972) เนื่องจาก ปัญหาที่พบเจอไม่มีการจัดการแก้ไข อาจทำให้ต้องพบเจอกับปัญหาเดิม ๆ ซ้ำ ๆ อยู่ตลอดเวลา จากการศึกษาค้นพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออก ทางอารมณ์ด้านลบ ( $r = .30, p < .05$ ) (ทัตชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) ซึ่งอาจ พบว่า การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน หากผู้ดูแลไม่มีการปรับตัวต่อการเผชิญ ความเครียดอาจส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมตามมาได้ ดังนั้นการใช้การเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาจึงเป็นอีกปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทาง อารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional focused coping) เป็นกลไก ที่บุคคลมีการตอบสนองต่อปัญหาสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ด้วยการปรับอารมณ์ความรู้สึกหรือการใช้

กลไกทางจิต (Defensive reappraisal) เช่น การปฏิเสธความจริง การหลีกเลี่ยงปัญหา การเบี่ยงเบนความสนใจ การมองปัญหาในแง่ดี การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ (Cognitive reappraisal) หรือแม้แต่การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น เป็นต้น การที่บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ว่าจะใช้กลไกแบบใดตามปัญหาที่พบเจอ (Jalowiec, 1988) หากใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์จะช่วยให้ผ่านความทุกข์ ความไม่สบายใจนี้ไปได้เท่านั้น แต่ปัญหานั้นยังคงอยู่เนื่องจากยังไม่ได้รับการจัดการแก้ไขกับปัญหานั้นอย่างแท้จริง (จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน, 2549) ผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดัน หรือสภาวะการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ อาจทำให้เกิดความตึงเครียด ความสิ้นหวังและไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ของตนเองได้ตามปกติ และการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและยาวนาน หากผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อการเผชิญความเครียดอย่างไม่เหมาะสมอาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบตามมา และยากต่อการดูแลผู้ป่วยได้ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับผลของการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ( $r = -.39, p < .05$ ) (นิตยา ศรีจันง, 2559) ดังนั้นการเลือกใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์จึงเป็นอีกปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. สัมพันธภาพในครอบครัว (Family relationship) เป็นความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และเครือญาติหรือบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ร่วมกัน มีการแสดงออกซึ่งความรัก เอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา และใจ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นสัมพันธภาพที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ (ปราณี สุทธิสุคนธ์ และคณะ, 2552) การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นการสนทนาพูดคุยกันอยู่เสมอ การแสดงออกซึ่งความรักความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเป็นลักษณะของครอบครัวที่ดี ส่วนลักษณะตรงกันข้ามที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบห่างเหิน ไม่เข้าใจกัน ขาดการสื่อสารที่เข้าใจในครอบครัว มีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวน้อย สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและนำไปสู่พฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ได้ (วนัญญา แก้วแก้วปาน, 2560) และอาจจะส่งผลโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของของคนในครอบครัว เช่น การทะเลาะวิวาท การตำหนิ มีการเปรียบเทียบระหว่างพี่น้อง หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไป (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2558) จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสำคัญในการดำเนินชีวิตที่จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของคนในครอบครัวและให้การช่วยเหลือเกื้อกูลในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหา อุปสรรคและความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว (วาสนา นามเหลา, 2559)



จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความผูกพันกันในครอบครัวมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่รู้สึกลดเดี่ยว มีการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวกับบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ของตนเอง (Landolt, Grubenmann, & Meuli, 2002) หากบุคคลในครอบครัวเกิดปัญหาหรือมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน จะส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจต่อกันในครอบครัว มีความห่างเหิน และอาจเกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.29, p < .05$ ) (วาสนา นามเหลา, 2559) ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ทางตรงก็ทางอ้อมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพอสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาระในการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว น่าจะมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเรื้อรัง และมีการเปลี่ยนแปลงของอาการแบบไม่คงที่ คาดเดาอาการไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความกังวลใจ หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ และการปรับตัวต่อปัญหาที่ดี ก็จะสามารถผ่านเหตุการณ์ที่ไม่คาดหวังนี้ไปได้ ทำให้มีผลต่อทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแล การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย และการแสดงออกทางอารมณ์ ก็จะเหมาะสมตามมา

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง โดยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนใด ๆ รวมทั้งเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ทางโรงพยาบาลจะนัดผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแลทุก 1 เดือน เพื่อติดตามอาการและสอบถามอาการเพิ่มเติม โดยจากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 2,303 คนต่อปี หรือเฉลี่ย 192 คนต่อเดือน

##### กลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง และทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นหลักรวมทั้งเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมารับบริการตามนัด หรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนใด ๆ ระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
3. สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช
5. มีความยินดีและมีความสมัครใจในการร่วมงานวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดจากสูตรของ Green (1991) ได้แก่

$$N \geq 104 + M$$

เมื่อ  $N$  คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$M$  คือ จำนวนตัวแปรอิสระ

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สัมพันธภาพในครอบครัว และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

แทนค่าตามสูตรได้ดังนี้

$$N \geq 104 + 6$$

$$N \geq 110$$

จากสูตรจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาควรมีอย่างน้อย 110 ราย เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 งานวิจัยนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย

#### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากจำนวนที่มารับบริการในแต่ละวัน โดยดูจากเวชระเบียนที่นัดผู้ป่วยมาตรวจหรือรับยา ซึ่งในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการโดยเฉลี่ยประมาณ 20-30 รายต่อวัน
2. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในวันนั้น ๆ แล้วสอบถามคุณสมบัติของผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย
3. ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลากจากรหัสทะเบียนผู้ป่วยที่อยู่ในทะเบียนรายชื่อที่มารับบริการแบบไม่มีการคืนที่ (Sampling without replacement) ประมาณร้อยละ 50 ของทะเบียนรายชื่อที่มารับบริการในแต่ละวัน ได้จำนวนผู้ป่วย 7-10 ราย และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อที่เหลือจนครบจำนวน 120 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแล โรคประจำตัว และบุคคลที่ช่วยเหลือดูแล

2. แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของ ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยของ Sunpaveerawong (2006) ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ประกอบด้วย ข้อคำถามที่เป็นลักษณะของพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4
เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1

การแปลผลคะแนน การคิดคะแนนด้วยการนำคะแนนของแบบสอบถามทุกข้อมารวมกัน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบน้อย และสามารถแบ่งการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้ดังนี้

20-40 คะแนน	หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์ทางลบน้อย
41-60 คะแนน	หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์ทางลบปานกลาง
61-80 คะแนน	หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์ทางลบมาก

แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

เท่ากับ 0.87 (ทัศนญา สมประดิษฐ์ และรัชนีกร เกิดโชค, 2558)

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตใช้ของ ชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการทางจิตของ Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดย กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งค่าคะแนนแต่ละข้อมีค่าเท่ากับ 0-10 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	อาการสงบ
คะแนน 1	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการน้อย
คะแนน 10	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด

ตัวอย่าง



การแปลผลคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของอาการคะแนนเฉลี่ยโดยมีค่าตั้งแต่ 0-180 โดยคะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการน้อย คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการมาก

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.83 นำไปหาค่าความเที่ยงในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคเท่ากับ 0.89 (ชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549)

4. แบบประเมินการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล ของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนาภายใต้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ มีคำถามจำนวน 12 ข้อ มีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และภาระเชิงปรนัย เป็นการวัดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ดูแลขณะดูแลผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่านำหน้าคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	คะแนนด้านบวก	คะแนนด้านลบ
มากที่สุด	1	5
มาก	2	4
ปานกลาง	3	3
น้อย	4	2
น้อยที่สุด	5	1

การแปลผลคะแนน โดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 24-120 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายถึง มีภาระการดูแลมากที่สุด และถ้าคะแนนต่ำมีภาระในการดูแลน้อยที่สุด แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93 ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

5. แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) มีข้อความจำนวน 12 ข้อ เพื่อใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ลักษณะของข้อความเป็นมาตรฐานค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

	คะแนนบวก	คะแนนลบ
เป็นความจริงทั้งหมด	4	1
เป็นความจริงบ่อยครั้ง	3	2
เป็นความจริงน้อย	2	3
ไม่เป็นจริง	1	4

การแปลผล นำคะแนนของทุกข้อความมารวม โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาสูง

แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86 (ทัศนญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค, 2558)

6. แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) มีข้อความจำนวน 10 ข้อ เพื่อใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ แบบสอบถามนี้ใช้วิธีการประเมินตนเอง ลักษณะของข้อความเป็นมาตรฐานค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

	คะแนนบวก	คะแนนลบ
เป็นความจริงทั้งหมด	4	1
เป็นความจริงบ่อยครั้ง	3	2
เป็นความจริงน้อย	2	3
ไม่เป็นจริง	1	4

การแปลผล นำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมโดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์สูง

แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.72 (ตวงรัตน์ แซ่เดียว, 2546)

7. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาโดย Crandall (1980) และแปลเป็นภาษาไทยโดย วรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ (2547) เป็นแบบประเมินความผูกพัน ความรักใคร่และความสามารถในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของคนในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ 1) การแสดงบทบาทของสมาชิก 2) การสื่อสารในครอบครัว 3) การแสดงออกทางอารมณ์ และ 4) การถ่ายทอดความรู้สึก ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนี้

1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดเลย
2 คะแนน	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดน้อยครั้ง
3 คะแนน	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดบางครั้ง
4 คะแนน	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดบ่อยครั้ง
5 คะแนน	หมายถึง	ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดตลอดเวลา

การแปลผล โดยการรวมคะแนนจากแบบสอบถามทั้งหมด คะแนนอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน โดยคะแนนน้อยหมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวน้อย คะแนนมากหมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวมาก

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95 ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพิจิตร (อรินทร์ จุฑาสีทธิ, 2554)

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยศึกษาความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือของแบบสอบถามต่าง ๆ ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินการรับรู้ภาวะในการดูแล แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงแต่อย่างใด จึงไม่ต้องตรวจสอบความตรงของเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินการรับรู้ภาวะในการดูแล แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวนี้ ไปทดสอบ (Tryout) เพื่อหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85, .89, .95, .78, .78 และ .84 ตามลำดับ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน โดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมเลขที่ 01-08-2560

2. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว รหัสจริยธรรมเลขที่ 10/ 2560 เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล



3. เมื่อผู้วิจัยได้อนุมัติรับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแนะนำตัวเมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย ในครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในการวิจัยนี้จะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมที่ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา และการปฏิเสธจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานผลการวิจัย จะถูกบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันการเข้ารหัส และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณะ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เมื่อเข้าโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีมหาวิทยาลัยบูรพาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอก คือ วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น.

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวพร้อมโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

3. หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติการวิจัยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยคัดเลือกจากเวชระเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่มาตามนัดร่วมกับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแต่ละวัน ได้จำนวนผู้ป่วยประมาณ 10-15 ราย

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยพร้อมทั้งรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้รับทราบและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือจะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อเพื่อให้ความยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ลงลายมือชื่อเพื่อให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วนบริเวณคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยให้ขณะที่ทำแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในคำถาม ผู้วิจัยอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างตามข้อคำถามนั้น ๆ

6. หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 120 ฉบับ ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเป็นขั้นตอนต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาวะในการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบการบรรยายและตาราง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคประจำตัวของผู้ดูแล บุคคลที่คอยช่วยเหลือ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $n = 120$ )

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	54	45
หญิง	66	55
<b>อายุ</b>		
20-29 ปี	6	5.00
30-39 ปี	21	17.50
40-49 ปี	29	24.20
50-59 ปี	21	17.50
60 ปีขึ้นไป	43	35.80
$(\bar{X} = 51.98, SD = 14.60, \text{Min} = 25, \text{Max} = 83)$		
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	18	15.00
คู่	77	64.20
หม้าย	21	17.50
หย่าร้าง	3	2.50
แยกกันอยู่	1	.80
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	1	.80
ประถมศึกษา	60	50.00
มัธยมศึกษา	35	29.20
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	8	6.70
ปริญญาตรี	16	13.30
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22	18.30
รับจ้าง	37	30.80
เกษตรกรกรรม	30	25.00
ค้าขาย	15	12.50

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับราชการ	9	7.50
อื่น ๆ (ธุรกิจส่วนตัว)	7	5.80
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000	19	15.80
5,001-10,000	43	35.80
10,001-20,000	45	37.50
20,001-30,000	3	2.50
มากกว่า 30,000	10	8.30
$(\bar{X} = 13,267.08, SD = 12,644.04, \text{Min} = 0, \text{Max} = 120,000)$		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท		
บิดา-มารดา	50	41.70
สามี-ภรรยา	27	22.50
พี่น้อง	19	15.80
บุตร	14	11.70
อื่น ๆ (ลุง ป้า หลาน)	10	8.30
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ปี)		
6 เดือน-1 ปี	7	5.80
2-5 ปี	24	20.00
6-10 ปี	33	27.50
11-19 ปี	42	35.00
> 20 ปี	21	17.50
$(\bar{X} = 11.88, SD = 6.68, \text{Min} = 1, \text{Max} = 39)$		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	85	70.80
มีโรคประจำตัว (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน)	35	29.20

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บุคคลที่คอยช่วยเหลือ		
มี	92	76.7
ไม่มี	28	23.3

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 66 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอายุตั้งแต่ 25-83 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 51.98 ปี ( $SD = 14.60$ ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.20 มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.80 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 13,267.08 บาท ( $SD = 12,644.04$ ) คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 41.70 ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 11.88 ปี ( $SD = 6.68$ ) คิดเป็นร้อยละ 35.00 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.80 และกลุ่มตัวอย่างมีผู้ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 76.70

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ( $n = 120$ )

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	91	75.80
หญิง	29	24.20
อายุ		
20-29	17	14.20
30-39	37	30.80
40-49	42	35.00
50-59	16	13.30
60 ปีขึ้นไป	8	6.70

( $\bar{X} = 41.40$ ,  $SD = 10.95$ ,  $Min = 20$ ,  $Max = 67$ )

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (ปี)		
6 เดือน-1 ปี	4	3.30
2-5 ปี	17	14.10
6-10 ปี	28	23.40
11-19 ปี	43	35.90
> 20 ปี	28	23.20
$(\bar{X} = 12.91, SD = 7.13, \text{Min} = 1, \text{Max} = 39)$		
สถานภาพ		
โสด	61	50.80
คู่	33	27.50
หม้าย	19	15.80
หย่า-ร้าง	7	5.80
ศาสนา		
พุทธ	120	100
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	90	75.00
รับจ้าง	8	6.70
เกษตรกรกรรม	18	15.80
ค้าขาย	2	1.70
รับราชการ	2	1.70
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
0-1,000	87	72.50
1,001-5,000	4	3.30
5,001-10,000	12	10.00
10,001-15,000	15	12.50
มากกว่า 15,000	2	1.70
$(\bar{X} = 2,771.67, SD = 4,370.30, \text{Min} = 0, \text{Max} = 20,000)$		

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 91 คน คิดเป็นร้อยละ 75.80 อายุเฉลี่ย 41.40 ปี ( $SD = 10.95$ ) มีสถานภาพโสด 61 คน คิดเป็นร้อยละ 50.80 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12.91 ปี ( $SD = 7.13$ ) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75.00 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,771.67 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.00 ( $SD = 4,370.30$ )

## ส่วนที่ 2 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ระดับของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $n = 120$ )

ระดับของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	จำนวน	ร้อยละ
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบระดับมาก	32	26.67
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบระดับปานกลาง	85	70.83
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบระดับน้อย	3	2.50

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ระดับปานกลาง 85 คน คิดเป็นร้อยละ 70.83 รองลงมาคือ มีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ( $n = 120$ )

ตัวแปร	Range		<i>M</i>	<i>SD</i>
	Possible	Actual		
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	20-80	22-76	47.79	10.94
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	0-180	36-103	72.04	1.15
การรับรู้ภาระในการดูแล	24-120	31-95	62.75	1.41
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	12-48	29-43	36.11	.27
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	10-40	12-31	22.06	.36
สัมพันธภาพในครอบครัว	16-80	41-79	62.58	.66



จากตารางที่ 4 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเท่ากับ 47.79 ( $SD = 10.94$ ) ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตเท่ากับ 72.04 ( $SD = 1.15$ ) ค่าเฉลี่ยการรับรู้การดูแลเท่ากับ 62.75 ( $SD = 1.41$ ) ค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาเท่ากับ 36.11 ( $SD = .27$ ) ค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เท่ากับ 22.06 ( $SD = .36$ ) และค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 62.58 ( $SD = .66$ )

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติของข้อมูลพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยใช้สถิติทั้งในภาพรวมและแยกตามตัวแปรแต่ละตัว ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว ค่า  $p$ -value มีค่าเท่ากับ .55, .61, .79, .35, .37 และ .42 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับสมมติฐานหลักแสดงว่าข้อมูลทุกตัวมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ
2. ค่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) จากผลการทดสอบโดยใช้สถิติ ANOVA พบว่า ค่า  $p$ -value ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่า ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม
3. ค่าความคาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่ ซึ่งทดสอบโดยพิจารณาจากการใช้กราฟ Scatter plot ที่พล็อตระหว่างค่า \*ZPRED (ค่าพยากรณ์ที่ได้จากสมการแล้วแปลงเป็น Z-score) และค่า \*RESID (ค่า Z-Score ของ error หรือส่วนต่างระหว่างค่าที่ประมาณการได้จากสมการถดถอย และค่าจริง) พบว่ามีการกระจายบริเวณค่าศูนย์
4. จากการทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของความคาดเคลื่อนด้วยวิธี Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.75 ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคาดเคลื่อนดังกล่าวเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation)
5. ไม่มี Multivariate outliers ทดสอบโดยใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างค่า Y (ค่าตัวแปรที่ทำนายได้จากสมการถดถอย) กับค่าความคาดเคลื่อนจากการทำนาย (หรือกราฟที่พล็อตระหว่าง

ค่ามาตรฐานของค่าทั้งสอง) พบว่าค่าความแปรปรวนของความคาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์

6. ตัวแปรต้นทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (No multicollinearity) ทดสอบด้วยการพิจารณาค่า Tolerance เข้าใกล้ศูนย์และค่า VIF ไม่เกิน 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่า Tolerance ของการรับรู้ภาระในการดูแล เท่ากับ .85 และค่า VIF (Variance Inflation Factor) เท่ากับ 1.18 Tolerance ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ .90 และค่า VIF เท่ากับ 1.11 และ Tolerance ของสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ .90 และค่า VIF เท่ากับ 1.11 นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรพบว่า ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่ในช่วง -.17 ถึง .62 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (No multicollinearity) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	1					
2. การรับรู้ภาระการดูแล	.16	1				
3. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	-.03	-.06	1			
4. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	.13	.29**	-.04	1		
5. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.03	-.30**	.06	-.18*	1	
6. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.15	.62**	-.06	.36**	-.37**	1

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรการรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .16, r = .36, r = -.37, p < .01$  ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหามีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .15, r = -.06, p > .05$  ตามลำดับ) หลังจากนั้นนำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ของตัวแปรทำนายกับการแสดงออกทางอารมณ์ ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $n = 120$ )

ตัวแปร	$b$	$\beta$	$t$	$R^2$
การรับรู้ภาวะการดูแล	.44	.51	6.88*	.45
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	.52	.18	2.57*	
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.27	-.18	-2.51*	

Constant = 25.38;  $R^2$  adj = .44,  $R = .67$ ,  $F = 32.22$ ;  $p < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 45.50 ( $R^2 = .45$ ,  $p < .05$ ) โดยตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ภาวะการดูแล ( $\beta = .51$ ,  $p < .001$ ) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ( $\beta = .18$ ,  $p < .05$ ) และสัมพันธภาพในครอบครัว ( $\beta = -.18$ ,  $p < .05$ ) ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว สามารถเขียนสมการที่ใช้แสดงการถดถอยในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ (Y)

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท = 25.38 + .44 (การรับรู้ภาวะการดูแล) + .52 (การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์) - .27 (สัมพันธภาพในครอบครัว)

2. สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท}} = .51 (Z_{\text{การรับรู้ภาวะการดูแล}}) + .18 (Z_{\text{การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์}}) - .18 (Z_{\text{สัมพันธภาพในครอบครัว}})$

จากสมการข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาวะการดูแลสูง ( $\beta = .51$ ,  $p < .001$ ) ร่วมกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ระดับปานกลาง ( $\beta = .18$ ,  $p < .05$ ) และสัมพันธภาพในครอบครัว ( $\beta = -.18$ ,  $p < .05$ )

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 120 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง โดยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนใด ๆ รวมทั้งเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85, .89, .95, .78, .78 และ .84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ได้ผลการศึกษาดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 66 คน ร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 51.98 ปี ( $SD = 14.60$ ) มีสถานภาพคู่ 77 คน คิดเป็นร้อยละ 64.20 มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.80 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 13,267.08 บาท ( $SD = 12,644.04$ ) ร้อยละ 37.50 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา มารดา ร้อยละ 41.10 ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 11.88 ปี ( $SD = 6.68$ ) คิดเป็นร้อยละ 35.00 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.80

และมีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ เช่น เพื่อนบ้าน และญาติพี่น้อง ร้อยละ 76.70

## 2. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและข้อมูลของตัวแปร

ผลการวิเคราะห์พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในภาพรวมมีน้ำหนักร้อยละคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.79 ( $SD = 10.94$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ทางลบอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตเท่ากับ 72.04 ( $SD = 1.14$ ) มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาระการดูแลเท่ากับ 62.75 ( $SD = 1.41$ ) มีค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาเท่ากับ 36.31 ( $SD = .26$ ) มีค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เท่ากับ 22.06 ( $SD = .35$ ) และมีค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 62.58 ( $SD = .66$ )

## 3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า การรับรู้ภาระการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 45.50 ( $R^2 = .45, p < .05$ ) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด คือการรับรู้ภาระการดูแล ( $\beta = .51, p < .001$ ) รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ( $\beta = .18, p < .05$ ) และสัมพันธภาพในครอบครัว ( $\beta = -.18, p < .05$ ) ตามลำดับ

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

### 1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 47.79, SD = 10.94$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัดชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 1.90, SD = 0.83$ ) และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสม ( $\bar{X} = 1.89, SD = 0.34$ ) ทั้งนี้อาจสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลางคือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ หรือการแสดงออกถึงความไม่เป็นมิตรและมีความผูกพันทางอารมณ์ที่ระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 41.10 เช่นเดียวกับ

การศึกษาของ ทัดชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา และมารดามักมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลที่มีความผูกพันกัน ทางสายเลือด โดยเฉพาะบิดาและมารดาเป็นผู้ที่อบรมเลี้ยงบุตรตั้งแต่แรกเกิด ย่อมมีความรัก ความผูกพัน มีความเข้าใจในอุปนิสัยหรือพฤติกรรมการแสดงออก รวมทั้งยังสามารถยอมรับ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเจ็บป่วยขึ้น บิดาหรือมารดาก็มักจะยอมรับและให้การดูแลที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แฉงต่อมยุทธ (2555) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีและแน่นแฟ้นกับผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความผูกพันกันทางสายเลือดจะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี มีการแสดงออกและดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความเมตตา มีการให้อภัยเมื่อเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม และมักมีการแสดงออก ทางอารมณ์ที่เหมาะสม โดยไม่ตำหนิ หรือดูค่า หรือแสดงท่าทีรังเกียจ นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลายาวนานประมาณหนึ่ง โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 11 ปี ซึ่งจากระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ สามารถ จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีการยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มากขึ้น มีการปรับตัวที่ดี รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น (แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แฉงต่อมยุทธ, 2555) ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและคงที่มากขึ้นจึงไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ทางด้านลบกับผู้ป่วย จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ดูแลในการศึกษารุ่นนี้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง

## 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 45.50 ( $R^2 = 0.45, p < .05$ ) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด คือการรับรู้ภาวะการดูแล ( $\beta = .51, p < .001$ ) รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ( $\beta = .18, p < .05$ ) และสัมพันธภาพในครอบครัว ( $\beta = -.18, p < .05$ ) ตามลำดับ ซึ่งสามารถอภิปรายผลของการวิจัยตามลำดับอิทธิพลของตัวแปรได้ดังนี้

2.1 การรับรู้ภาวะการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .51, p < .001$ ) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะการดูแลเพิ่มขึ้นก็จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัดชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ( $\beta = .32, p < .001$ )

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะการดูแลเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เกิดความกดดัน ความเครียด และความเดือดร้อน ในการดูแลซึ่งผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา นานมักมีความทุกข์ใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกกดดัน ตึงเครียด เกิดความรู้สึกหงุดหงิด หรือไวต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็จะหงุดหงิด โมโห อาจดูว่า หรือตำหนิผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่รุนแรง หรือเมื่อเกิดความตึงเครียดมากก็จะแสดงออก ถึงความไม่เป็นมิตรมากขึ้น จึงส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบมากขึ้น

2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .18, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ดูแลใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เพิ่มขึ้นก็จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยเมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งก่อให้เกิดความรู้สึกอึดอัด กดดัน เพราะต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน รวมทั้งต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ก้าวร้าว อาละวาด ถ้าหากผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ซึ่งมักเป็นรูปแบบการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญอยู่ด้วยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกหรือใช้กลไกทางจิตเช่น การเก็บกด การหลีกเลี่ยงปัญหา เพื่อให้ผ่านความทุกข์ และความไม่สบายใจ (Jalowiec, 1988) ซึ่งการใช้กลไกทางจิตอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้นชั่วคราว แต่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ รวมทั้งไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ก็จะยิ่งรู้สึกเครียดและกดดัน จากการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด (ไหมไทย ไชยพันธุ์ และณัฐสุดา เตพันธ์, 2556) และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีภาวะซึมเศร้า (นฤมล สุนศักดิ์สวัสดิ์ และคณะ, 2560) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิตก็จะรู้สึกหงุดหงิดหรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น เช่น อาเจียรณ์ หรือตำหนิ ผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์จึงสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

2.3 สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = -0.18, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบน้อยลง โดยแสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสมมากขึ้น โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย หรือมีการแสดงออกถึงความไม่เป็นมิตร หรือมีความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ วาสนา นามเหลา (2559) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.29, p < .05$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นพื้นฐานของการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว หากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะรู้สึกผูกพันต่อกัน เมื่อเกิดปัญหาจะช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถปรับตัวกับบทบาทในการทำหน้าที่ของตนเองได้เป็นอย่างดี (Landolt et al., 2002) นอกจากนี้ความผูกพันในครอบครัวยังทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความมั่นคงทางอารมณ์เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ ทิพย์วัลย์ สุรินยา (2550) พบว่าครอบครัวที่มีการติดต่อสื่อสารในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสูง จะมีความเข้มแข็งในครอบครัวสูง นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มักมีการดูแลน้อย (วาสนา นามเหล่า, 2559) ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวจึงสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

2.4 การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.15, p > .05$ ) และไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พบว่า การรับรู้อาการทางจิตสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ( $\beta = 0.28, p < .05$ ) และการศึกษาของ ทัดชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า การรับรู้อาการทางจิตสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามบริบทของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยประมาณ 12 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการค่อนข้างคงที่และไม่ค่อยมีอาการทางจิตกำเริบ โดยอาจมีอาการทางจิตหลงเหลือบ้าง จะเห็นได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตไม่ค่อนสูงมากนัก ( $\bar{X} = 72.04, SD = 1.15$ ) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตดังกล่าวจึงไม่กระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลมากนัก ประกอบกับผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลายาวนาน จึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถจัดการและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้มากขึ้นจึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ค่อนข้างคงที่ ประกอบกับการสนับสนุนของทางโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ที่มีการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กับผู้ดูแล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตกำเริบผู้ดูแลก็จะสามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้เบื้องต้น หรือถ้าอาการรุนแรงมากก็จะส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ทันที ซึ่งการจัดการดังกล่าวจึงไม่กระทบต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลมากนัก จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้



2.5 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.06, p > .05$ ) แต่ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ทัดชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่เป็นบิดาและมารดาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วเป็นระยะเวลาค่อนข้างยาวนาน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 11.88 ปี ( $SD = 6.68$ ) ซึ่งการดูแลเป็นระยะเวลายาวนานนั้นผู้ดูแลย่อมพบกับปัญหาและอุปสรรค และต้องใช้กระบวนการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาค่อนข้างมาก ซึ่งการแก้ปัญหาทางเลือกใดที่ได้ผลดี ผู้ดูแลก็จะใช้ทางเลือกนั้นเป็นอัตโนมัติหรืออาศัยประสบการณ์ในการแก้ปัญหา มากกว่าที่จะมุ่งพิจารณาถึงสาเหตุหรือจัดการกับปัญหาเพียงอย่างเดียว ประกอบกับผู้ดูแลยังมีทักษะวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์เป็นแหล่งสนับสนุนในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยขึ้นก็จะสามารถขอรับความช่วยเหลือหรือนำผู้ป่วยจิตเภทมาเข้ารับการรักษา เพื่อลดอาการทางจิตได้อย่างทันท่วงที ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวถือเป็นการลดความตึงเครียดของผู้ดูแลได้ระดับหนึ่ง ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลเกิดปัญหาหรือความเครียดขึ้นจึงอาจไม่ได้มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่สาเหตุเพียงอย่างเดียวแต่พยายามแก้ไขปัญหานั้นด้วยการใช้ประสบการณ์หรือแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่จึงทำให้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาจึงไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

### ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจิตเวช และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรม เพื่อลดภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่เหมาะสมมากขึ้น
2. ด้านการวิจัย ผลการศึกษารุ่นนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมที่ช่วยลดภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมีความเหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2555). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556. นนทบุรี: กองแผนงาน  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ  
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงต่อมยุทธ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(3), 35-49.
- ขนิษฐา สุขทอง. (2554). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการ  
แสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ลีถึงเพิ่มพูน. (2549). การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด  
โรคซึมเศร้า. ใน เอกสารประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 ระหว่างวันที่  
3-5 กรกฎาคม 2549 (หน้า 167). ม.ป.ท.
- จิรพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรม SPSS.  
ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน  
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญญา คมขำ และรัชนิกร เกิดโชค. (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึก ทักษะ  
ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวช  
และสุขภาพจิต, 27(3), 101-112.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย  
โรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัตชญา สมประดิษฐ และรัชนิกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 89-102.
- ทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2550). รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(2), 26-38.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล สุนศักดิ์สวัสดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และเวทิส ประทุมศรี. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาที่มีบุตรวัยรุ่นตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 33(3), 47-58.
- นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ, ปณิต ผู้กฤตยาคามี, สุพร อภินันทเวช และพนม เกตุมาน. (2559). *จิตเวชศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ศรีจำนง. (2559). แบบแผนการเผชิญความเครียดที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคลวัยผู้ใหญ่. ใน *เอกสารการประชุมสวนสุนันทาวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2559* (หน้า 616-624). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ปราณี สุทธิสุขคนธ์, เกริญศักดิ์ ซื่อเลื่อม, คุษณี คำมี และเริงวิษญ์ นิลโคตร. (2552). *รายงานการวิจัย (ฉบับสมบูรณ์) สัมพันธภาพในครอบครัวไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรภรณ์ พุงคำปิ่น และสิริลักษณ์ วรรณนะพงษ์. (2551) *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแล การลดความเครียด และภาวะในการดูแลของผู้ดูแล และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี กลั้ววงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี และนันทิกา ทวีชาชาติ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 57-75.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บีคอนอินเตอร์ไพร์ซ.

- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัวแนวจิตทฤษฎีและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์. (2560). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว  
ราชชนรินทร์ปีงบประมาณ 2560*. สระแก้ว: โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์.
- วันัญญา แก้วแก้วปาน. (2560). สัมพันธภาพ ครอบครัวกับปัญหาการกระทำความผิดในวัยรุ่น.  
*Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์  
สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 10(1)*, 361-371.
- วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยูดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล  
และเวธกา กลิ่นวิจิต. (2547). *สถานการณ์ปัญหาความต้องการและพลังอำนาจญาติผู้ดูแล  
ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
บูรพา.
- วัฒนา นาคนาม. (2546). *ความเครียดและวิธีปรับแก้ของสตรีที่ต้องโทษในเรือนจำ*. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต*.  
*รามาศิษย์พยาบาลสาร, 21*, 10-22.
- วาสนา นามเหล่า. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ  
ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สกวเดือน กลิ่นน้อย. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(1)*,  
62-73.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10  
ไทย-อังกฤษ (ICD-10)*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). *การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน*. *วารสาร  
กองการพยาบาล, 42(3)*, 15-16.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,  
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ไหมไทย ไชยพันธุ์ และณัฐศดา เต็มพันธ์. (2556). ความรู้สึกสอคล้อง กลมกลืนในชีวิต และกลวิธี การเผชิญปัญหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดในการปฏิบัติงาน. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(3), 151-161.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วี.พรีน (1991).
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2558). การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 1-13.
- อรินทร์ จรุงสิทธิ์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้าพรีนติ้ง.
- Addington, J., Collin, A., McCleery, A., & Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 79-83.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and statistical of mental disorder*. Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Banerjee, A. G., & Retamero, C. (2014). Expressed emotion-a determinant of relapse in schizophrenia: A case report and literature review. *Journal of Psychiatry and Brain Functions*, 1(1), 4.
- Baron-Cohen, S. (1989). Are autistic children “behaviorists”? An examination of their mental-physical and appearance-reality distinctions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(4), 579-600.
- Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Crandall, R. C. (1980). *Gerontology: A behavioral science approach*. Massachusetts: Addison-Wesley.

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499-510.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual Review of Gerontology & Science and Research (IJSR)*, 4, 477-481.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. *Measurement of Nursing Outcomes*, 1, 287-308.
- Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Eslami Shahrabaki, M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia—a qualitative exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 248-254.
- King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., & Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 117, 211-222.
- Landolt, M. A., Grubenmann, S., & Meuli, M. (2002). Family impact greatest: Predictors of quality of life and psychological adjustment in pediatric burn survivors. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 3(6), 1146-1151.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The Handbook of Behavioral Medicine*, 38(10), 282-325.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiver and the experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 90-26.
- Ogbolu, R. E., Adeyemi, J. D., & Erinfolami, A. R. (2013). Expressed emotion among schizophrenic patients in Lagos, Nigeria—a pilot study: Scientific letter. *African Journal of Psychiatry*, 16(5), 329-331.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812.

- Sadock, E., Auerbach, S. M., Rybarczyk, B., & Aggarwal, A. (2014). Evaluation of integrated psychological services in a university-based primary care clinic. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 21*(1), 19-32.
- Sunpaveerawong, J. (2006). *Development of the Thai expressed emotion scale for family caregiver of schizophrenic patients*. Doctor dissertation, Nursing Science, Graduate Study, Prince of Songkla University.
- Thomson, E. H. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journal of Gerontology, 48*, 245-254.
- Watts, M. (2007). High expressed emotion: Precipitating relapse in substance misuse disorders. *British Journal of Nursing, 16*(22), 1396-1398.

**ภาคผนวก**



ภาคผนวก ก  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-08-2560

ชื่อผู้วิจัย นายจรัสศักดิ์ ประจงบัว

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักคอยช่วยเหลือและดูแลอย่างต่อเนื่องในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน และอายุ 20 ปีขึ้นไป เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ 3) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต 4) แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 5) แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา 6) แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และ 7) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 30-45 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับ อาจไม่เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและส่งเสริมการพยาบาลเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมอาการของตัวเองได้และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้ง

ให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ และสิ่งต่าง ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้วข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นายจรัสศักดิ์ ประจงบัว หมายเลขโทรศัพท์ 085-4305770 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102876

นายจรัสศักดิ์ ประจงบัว  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก ข  
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ  
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก  
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ  
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม  
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นายจรัสศักดิ์ ประจงบัว)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทน โดยชอบธรรม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย  
(นายจรัสศักดิ์ ประจงบัว)

ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสอบถามงานวิจัยที่ใช้ในงานวิจัย**  
**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

---

- คำชี้แจง** ลักษณะของแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้
- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  - ส่วนที่ 2 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ
  - ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต
  - ส่วนที่ 4 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา
  - ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์
  - ส่วนที่ 7 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล



### ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  เพียง 1 คำตอบหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด (กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ)

#### 1. เพศ

ชาย  หญิง

#### 2. อายุ.....ปี

#### 3. สถานภาพสมรส

โสด  คู่  
 หม้าย  หย่า-ร้าง  
 แยกกันอยู่

#### 4. ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  อนุปริญญา หรือเทียบเท่า  
 ปริญญาตรี  อื่น ๆ ระบุ.....

#### 5. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ  รับจ้าง  
 รับราชการ  ค้าขาย  
 เกษตรกรรม  อื่น ๆ ระบุ.....

#### 6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

#### 7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

บิดา-มารดา  สามี-ภรรยา  
 พี่-น้อง  บุตร  
 อื่น ๆ ระบุ.....

#### 8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน

#### 9. โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว ระบุ.....

#### 10. บุคคลที่คอยช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ไม่มี  มี ระบุ.....

### ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

4. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หย่าร้าง

แยกกันอยู่

หม้าย

5. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รับจ้าง

รับราชการ

ค้าขาย

เกษตรกรรม

อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

## ส่วนที่ 2 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออก ระหว่างท่านและผู้ป่วยในความดูแลของท่านขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและขอความกรุณา ตอบทุกข้อ เกณฑ์ในการตอบคำถามมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุนามากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุนามาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็น ด้วย (3)	ไม่ เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
<b>Critical comments</b>				
1. ฉันไม่ชอบพฤติกรรมหลาย ๆ อย่างของเขา				
2. ฉันรู้สึกอายกับพฤติกรรมของเขา				
3. ฉันรู้สึกทุกข์ใจกับพฤติกรรมของเขา				
4. การกระทำของเขาหลายอย่างสร้างปัญหา/ ความเดือดร้อนให้กับฉัน				
5. ฉันรู้สึกว่าเขาไม่ได้ชื่นชมในสิ่งที่ฉันทำให้เลย				
6. ฉันรู้สึกว่าเขาเกลียดฉัน				
7. ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเขา				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
20. ฉันควบคุมอารมณ์ได้ยากเมื่อเขาทำให้ฉัน โกรธ				

### ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

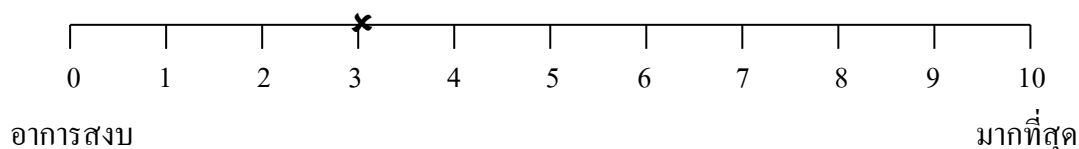
**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึกระหว่าง 0-10 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✕ ลงบนเส้นตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านจริงๆ ไม่ว่าท่านจะกาบาทลงบนตำแหน่งใด จะไม่มีตำแหน่งที่ถูกหรือผิดเพราะเป็นความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง อาการสงบ

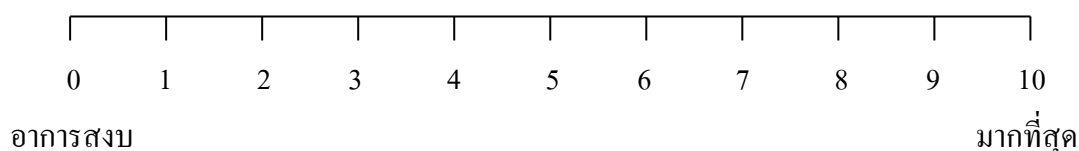
คะแนน 1 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการน้อย

คะแนน 10 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด

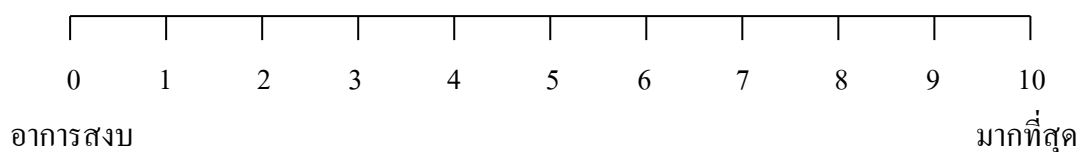
ตัวอย่าง



1. ผู้ป่วยจิตเภทมีความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย คือเชื่อว่าตนเองมีการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกาย

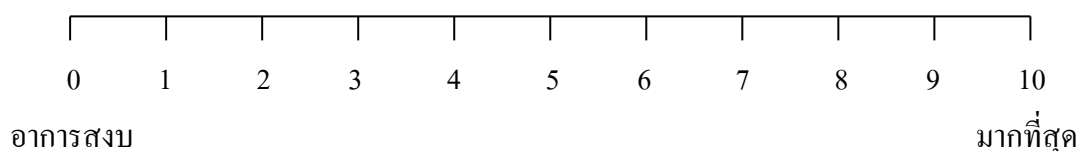


2. ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกวิตกกังวล เกี่ยวกับปัจจุบันหรืออนาคตของตนเอง



3. ....  
 4. ....  
 5. ....  
 6. ....

18. ผู้ป่วยจิตเภท สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล



#### ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา  
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน  
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์  
 น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง  
 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
<b>ภาระเชิงอัตนัย</b>					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6. ท่านรู้สึกอายชาวบ้านเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการวุ่นวายหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
24. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา

**คำชี้แจง** แบบประเมินฉบับนี้ใช้สำหรับประเมินความคิด การกระทำ ความรู้สึกของท่านในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ไม่เป็นความจริง หมายถึง ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิด การกระทำ และความรู้สึกเลย

เป็นความจริงน้อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำ และความรู้สึกบ้าง

เป็นความจริงบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำ และความรู้สึกส่วนมาก

เป็นความจริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำ และความรู้สึกทุกครั้ง

ข้อความ	ไม่ เป็น ความ จริง (1)	เป็น ความ จริง น้อยครั้ง (2)	เป็น ความ จริง บ่อยครั้ง (3)	เป็น ความ จริง ทั้งหมด (4)
<b>การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา</b>				
1. ท่านแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็นประเด็นย่อย ๆ				
2. ท่านพยายามควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลาม				
3. ท่านใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับความเครียด				
4. ในการจัดการกับความเครียดการทำอะไรดีกว่าไม่ทำอะไรเลย				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
12. ท่านยอมรับความเป็นจริงที่เกิดได้ในขณะดูแลผู้ป่วย				

### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

**คำชี้แจง** แบบประเมินฉบับนี้ใช้สำหรับประเมินความคิด การกระทำ ความรู้สึกของท่านในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ไม่เป็นความจริง	หมายถึง	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิด การกระทำ และความรู้สึกเลย
เป็นความจริงน้อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำ และความรู้สึกบ้าง
เป็นความจริงบ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำ และความรู้สึกส่วนมาก
เป็นความจริงทั้งหมด	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำ และความรู้สึกทุกครั้ง

ข้อความ	ไม่ เป็น ความ จริง  (1)	เป็น ความ จริง น้อย ครั้ง  (2)	เป็น ความ จริง บ่อยครั้ง  (3)	เป็น ความ จริง ทั้งหมด  (4)
<b>การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์</b>				
1. เมื่อเกิดความเครียดท่านมักทำลายสิ่งของ				
2. ท่านปลอบใจตนเองให้เลิกวิตกกังวลเมื่อเครียด				
3. ท่านต้องการอยู่คนเดียวเมื่อท่านเครียด				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
10. เมื่อเครียดท่านจะรับประทานยาคลายเครียด				

### ส่วนที่ 7 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล

**คำชี้แจง** แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการแสดงบทบาทของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงอารมณ์ และการถ่ายทอดความรู้สึก ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้อย่างตรงกับความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัวหรือไม่ มากน้อยเพียงใดและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความสัมพันธ์ของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ โดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย
- 2 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

ข้อความ	ความถี่ของการกระทำ				
	ประจำ (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย เลย (1)
1. สมาชิกในครอบครัวของท่านมักช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน					
2. เมื่อมีปัญหา ท่านคิดถึงความช่วยเหลือจาก บุคคลในครอบครัวเป็นอันดับแรก					
3. สมาชิกในครอบครัวของท่านช่วยแบ่งเบา หน้าที่การงานกันและกัน					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
16. ครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณมีคนที่เข้าใจ ได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่					



## ภาคผนวก ง

แบบรายงานจริยธรรมและหนังสือขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือ



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Factors Influencing Negative Expressed Emotion among Caregivers of Patients with Schizophrenia

ชื่อนิสิต นายจรัสศักดิ์ ประจงบัว

รหัสประจำตัวนิสิต 55920275 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 08 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 120 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 1 เดือน กันยายน พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health  
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนรินทร์  
Sakaeo Rajakumendra Psychiatric Hospital

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย  
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม  
หมายเลขข้อเสนอการวิจัย 10/2560

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนรินทร์ แล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่า ข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยได้

ชื่อข้อเสนอการวิจัย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รหัสข้อเสนอการวิจัย : 10/2560

สถาบันที่สังกัด : ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้วิจัยหลัก : นายจิรศักดิ์ ประจงบัว

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1. ข้อเสนอการวิจัย  | ฉบับที่ 1 /15 กันยายน 2560 |
| 2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 1 /15 กันยายน 2560 |
| 3. แบบบันทึกข้อมูล  | ฉบับที่ 1 /15 กันยายน 2560 |
| 4. งบประมาณการวิจัย                                       | ฉบับที่ 1 /15 กันยายน 2560 |
| 5. ประวัติและผลงานผู้วิจัย                                | ฉบับที่ 1 /15 กันยายน 2560 |
| 6. อื่นๆ(ถ้ามี)   |                            |

ลงนาม



นายพรชัย กิ่งทุมมา  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน  
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนรินทร์

5 ตุลาคม 2560

หมายเลขใบรับรอง : 10/2560

วันที่ให้การรับรอง : 5 ตุลาคม 2560

วันหมดอายุใบรับรอง : 5 ตุลาคม 2561

ที่ ศธ 0512.11/ 1485

— ออชก. ๒๕๖๑  
 — มท. ๒๕๖๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑)  
 — อ. ๒๕๖๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑)  
 — อ. ๒๕๖๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
 กรุงเทพฯ 10330

๒๑ สิงหาคม 2560

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๐๒๑๒
วันที่ ๔ ก.ย. 2560
เวลา 14.15 น.

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ 6206/1499; ศธ 6206/1500; ศธ 6206/1501:  
 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2560 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

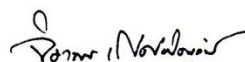
ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นายจิระศักดิ์ ประจงบัว นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 4 รายการ จากวิทยานิพนธ์ 3 เล่ม ซึ่งมีรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ผู้เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก โดยมีรายละเอียดดังนี้ :-

1. แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ของนางนพรัตน์ ไชยธานี (2544)
2. แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตัวเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง” ของนางสาวดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546)
3. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน” ของนางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549)
4. แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน” ของนางชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130