



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

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

#### 1. ผู้ป่วยจิตเภทและการดำรงชีวิตในครอบครัว

##### 1.1 ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทกล่าวโดยทั่วไปคือ ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม อารมณ์ ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้มีผู้กล่าวไว้ดังนี้

ตามความหมายของ ICD-10 กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ท้อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักคืออยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) (อ้างใน เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536)

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

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

### สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมากได้แก่

#### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factor) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูงเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

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

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและ

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

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

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

#### อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 ด้านอารมณ์ มีลักษณะอารมณ์แบบไม่เหมาะสม เช่น ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเหตุการณ์ในขณะนั้น หรืออารมณ์เฉยเมย ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้น

2.4 ด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทักษะทางสังคมเสื่อมลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

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

### การพยากรณ์โรค (Prognosis)

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

### การรักษา

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม โดยมีหลักที่สำคัญคือ การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการรุนแรงของโรคและการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย ปัจจุบันการรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาสั้น ประกอบกับแนวโน้มของการรักษาต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

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

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

### 3. การรักษาทางจิตสังคม

3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาโดยใช้วิธีการของจิตบำบัดระดับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล

3.2 การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family counseling or psychoeducation) ครอบครัวมักจะเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้ บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มความกดดันผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ครอบครัวบำบัดหรือการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นที่ยัง

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

3.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยส่งเสริมการรักษาประกอบด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ การจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

#### 1.2 การดำรงชีวิตในครอบครัว

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

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

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

## 2. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวภาคใต้ตอนบน

ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน ครอบครัวจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีและความสามารถในการปรับตัวที่ดีในสังคมต่อไป

### 2.1 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

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

ปัจจุบันสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งด้านโครงสร้างของครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโครงสร้างครอบครัวไทย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว โดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยลง ลักษณะครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นแบบครัวเรือนเดี่ยวมากขึ้น และในครอบครัวจะมีสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้แต่ละครอบครัวต้องมีภาระสูงขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัว พบว่าครอบครัวไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น โดยมีการศึกษาพบว่า คนในสังคมเมืองส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตแบบครอบครัวเดี่ยวที่มีเฉพาะ พ่อ แม่ ลูกเท่านั้น

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

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสำคัญของครอบครัว อันเนื่องมาจากการที่ผู้คนจำนวนมากคิดว่าครอบครัวไม่ใช่สิ่งสำคัญ บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องมีครอบครัว คนส่วนหนึ่งจึงเลือกใช้ชีวิตอยู่คนเดียว หรืออยู่เป็นโสดมากขึ้น และคู่สมรสมีการหย่าร้างกันมากขึ้น มีแม่จำนวนมากเลี้ยงลูกโดยปราศจากพ่อ หรือครอบครัวที่แตกแยกทำให้ลูกต้องอาศัยอยู่กับญาติ

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

## 2.2 ความหมายและแนวคิดสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver)

### ความหมาย

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

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ไว้ดังนี้



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

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

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

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

### **ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท**

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

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

### **2.3 ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

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

อีกทั้งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน บางรายถึงตลอดชีวิต การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ดังต่อไปนี้

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

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

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

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลต้องมีการดูแลด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ทั้งกิจวัตรประจำวัน และด้านพฤติกรรม ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมดังที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปทำบุญ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน ทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2531; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) เนื่องจากว่าไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรม (ปัทมา ทัทเสริฟไท, 2535; วรช นธิกุล, 2535)

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

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

#### 2.4 หน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุด เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแล โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการดูรักษาเป็นเวลานาน และมีอัตราการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ

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

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน ในการดูแลมีหลักการที่สำคัญ คือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่

1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในการดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการอาบน้ำ สระผม แปรงฟัน และการรักษาความสะอาดของเล็บ

1.2 การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยในการทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีค่าตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบหมายให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยแยกตัวเอง ซึมเศร้า ถ้าได้ทำงานก็จะช่วยให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลอาจต้องจัดยาให้รับประทาน

1.4 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่และตรงเวลา ทั้งนี้การรับประทานอาหารเช้าที่ตรงตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยในเรื่องระบบขับถ่าย

1.5 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ในผู้ป่วยหญิงบางราย อาจมีการแต่งกายไม่เหมาะสม ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำให้เหมาะสมถูกกาลเทศะ

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ เช่น เสียง แสง ในรายที่นอนไม่หลับเป็นเวลายาวนาน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

1.7 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจเป็นการให้ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้าน ทำให้ร่างกายแข็งแรง และลดปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นซึ่งเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาจิตเวช

1.8 การฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความบกพร่องในการเข้าสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต เช่นทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติตนและมารยาทบางอย่างในสังคม ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ

1.9 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชนได้

1.10 การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการทำบุญตักบาตร และประกอบกิจกรรมทางศาสนาที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา

1.11 ทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ให้คำชมเพื่อเป็นการเสริมแรงเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในและเกิดความมั่นใจในตนเอง

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

ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด สนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ หรือแสดงท่าทีที่ไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นสำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

2.2 การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลต้องลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย

2.3 การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดและเกิดการป่วยซ้ำตามมา

2.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายสำหรับความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วย

สรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมีสามารถดูแลตัวเองให้มากที่สุด สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การเข้าสู่สังคม ชุมชน การเผชิญปัญหา รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดกับผู้ป่วย และการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามสภาพ

#### การแสดงออกทางอารมณ์กับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมส่งผลให้มนุษย์แสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน ภรตี ไชยสิน (2545) ได้แบ่งปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

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

2. สังคมและวัฒนธรรมภายนอก สังคมและวัฒนธรรมที่อยู่นอกเขตสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นมีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากทุกสังคมย่อมมีการติดต่อสัมพันธ์กับสังคม

อื่น ๆ ทำให้วัฒนธรรมสามารถถ่ายทอดจากสังคมหนึ่งไปยังอีกสังคมหนึ่งได้ เช่น การที่สังคมไทยรับเอาวัฒนธรรมต่าง ๆ จากสังคมตะวันตก หรือจากประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้นการแสดงออกทางอารมณ์ของคนไทยในแต่ละท้องถิ่นจึงแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมภายนอกที่มีการติดต่อกับสังคมอื่นด้วย

### 3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรคำนึงถึงคือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้รับบริการและคุณภาพบริการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถแบ่งการให้บริการพยาบาลได้ ดังนี้

#### 3.1 การพยาบาลในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักมีอาการทางจิตรุนแรง เกินความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวที่จะดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

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

3.1 การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่าย และการพักผ่อนนอนหลับ

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความเข้มแข็งด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแกร่งของระบบกายวิภาคและสรีระภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

### 3.2 การพยาบาลในชุมชน

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

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

อาการป่วยซ้ำ การสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา และกระบวนการตัดสินใจ สอนผู้ป่วยและครอบครัวถึงวิธีการเผชิญปัญหา เผชิญความเครียดและความขัดแย้ง

3. การประคับประคองและการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนและจัดทำแผนการส่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปรับการรักษาที่บ้าน ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวแยกแยะปัญหาและแก้ปัญหา หาแหล่งช่วยเหลือและใช้แหล่งช่วยเหลือเมื่อจำเป็น รวมทั้งช่วยครอบครัวแยกแยะความรู้สึกและพูดคุยกับผู้อื่นในทางสร้างสรรค์

#### 4. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ดังนั้น การศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงได้รับความสนใจ ซึ่งสามารถรวบรวมได้ดังนี้

##### 4.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของการแสดงออกทางอารมณ์ไว้ดังนี้

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

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

Humbeeck et al.(2002) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกในรูปแบบของ น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท



## 4.2 องค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์

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

### 1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย

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

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

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

### 2. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย

2.1 การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงออกถึงความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

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

การศึกษาวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำมีเพียง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพัน

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

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

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

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

4. เป็นลักษณะเดิมของผู้ดูแลหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว

#### 4.3 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบวิธีการ ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้

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

เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือน ก่อนวันที่ผู้ป่วย เข้ารับการรักษา เช่น ความถี่ของการทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว การทำกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จำนวนครั้งของการติดต่อสัมพันธ์ (contact) ระหว่างผู้ป่วยและ สมาชิกคนอื่นในครอบครัว ในขณะที่สัมภาษณ์ จะต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักไปด้วย เช่น การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง ระดับและจังหวะการพูด ความเข้มข้นของการแสดง อารมณ์ เป็นต้น นอกจากนั้นยังต้องมีการถามความรู้สึกของญาติเป็นระยะเพื่อประกอบการ ประเมินอารมณ์ในขณะที่เล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการ ถอดเทปและให้คะแนน ซึ่งการให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับหมวดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

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

หมวดที่ 2 Hostility การแสดงความไม่เป็นมิตร ประเมินว่าผู้ดูแลหลักมีการ แสดงพฤติกรรมต่อไปนี้หรือไม่ คือ การตำหนิติเตียนพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้ามีให้ 1 คะแนน และ ประเมินว่าผู้ดูแลหลักมีการแสดงออกถึงการไม่ยอมรับหรือไม่เคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง หรือไม่ ถ้ามีให้ 2 คะแนน ถ้ามีทั้ง 2 พฤติกรรมให้ 3 คะแนน

หมวดที่ 3 Emotion Over-involvement การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มี มากเกินไป จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักกว่ามีการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล ความ เสียสละหรือเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากเกินไปหรือไม่ วิธีการให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale โดยมี ช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึงไม่มี Emotion Over-involvement ส่วน 5 หมายถึง การมี Emotion Over-involvement ในระดับสูง)

หมวดที่ 4 Warmth การแสดงความห่วงใย เอาใจใส่และเข้าอกเข้าใจผู้ป่วย จะ สังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักกว่ามีการแสดงออกซึ่งความห่วงใย หรือเข้าอกเข้าใจผู้ป่วยมากน้อย เพียงใด การให้คะแนนอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของผู้สัมภาษณ์ วิธีการให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale โดยมีช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึงไม่มี Warmth ส่วน 5 หมายถึงการมี Warmth ในระดับสูง)

หมวดที่ 5 Positive Remarks การแสดงความพอใจ เห็นชอบ ยกย่องชมเชย และให้เกียติผู้ป่วย จะนับความถี่เมื่อผู้ดูแลหลักแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้ คือ การใช้คำพูดที่มี เนื้อหาและ/ หรือ แสดงน้ำเสียงที่แสดงความยกย่องชื่นชม ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ความถี่ที่ เกิดขึ้น 1 ครั้งนับเป็น 1 คะแนน

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

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

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

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

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

จากการทบทวนรายงานการศึกษาพบว่า ดวงตา อุทุมพฤกษ์พร (2533) วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Brown et al. โดยครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ

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

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

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

## 5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

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

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

## 1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

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

### 1.1 การทำงาน

**การทำงาน** หมายถึง งานที่ผู้ป่วยจิตเภททำประจำเพื่อเลี้ยงชีพตามความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันและมีค่าตอบแทนจากการทำงานนั้น แบ่งเป็น การมีงานทำ และไม่มีการมีงานทำ

การทำงานกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว

การทำงานของผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงว่าผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบ และดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่ง ทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และทักษะต่าง ๆ ในการเข้าสังคม (Miklowitz et al., 1983) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคม หรือรับผิดชอบตัวเองได้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด กังวล จนเกิดการวิพากษ์วิจารณ์และการแสดง ความไม่เป็นมิตร (Bentsen et al., 1998) และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป อีกทั้งเป็นการเพิ่มภาระในการดูแล การที่ผู้ป่วยทำงานยังแสดงถึงการมีรายได้ ซึ่งเป็นการช่วยลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว การศึกษาของภรดี ไชยสิน (2545) พบว่า ภาวะด้านการมีและไม่มีการมีงานทำของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า การทำงานของผู้ป่วย เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

## 2. ปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว

ปัจจัยด้านผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ที่ส่งเสริมให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ผลการศึกษาที่คาดว่ามีความสำคัญในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

## 2.1 ความเพียงพอของรายได้

**ความเพียงพอของรายได้** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินรายได้ของตนเองและครอบครัวสำหรับใช้จ่ายในการครองชีพ การซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยา และการเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว แบ่งเป็น รายได้เพียงพอ และไม่เพียงพอ

ความเพียงพอของรายได้กับการแสดงออกทางอารมณ์

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

ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความเพียงพอของรายได้เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

## 2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด

ในภาวะที่คนเราต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะมาคุกคามความเป็นอยู่ที่ดีของตน คนเราจะพยายามต่อสู้เพื่อเผชิญกับภาวะดังกล่าวอย่างดีที่สุด เพื่อไม่让自己เกิดความเครียด การต่อสู้ที่ทำให้คนเราพร้อมเผชิญกับภาวะที่ทำให้เราเครียดเรียกว่า การเผชิญความเครียด ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดดังต่อไปนี้

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

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



การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้ บุคคลจะต้องมีความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ ในการที่จะรับรู้ จำแนก วางแผน และตัดสินใจได้

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

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

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายาม แสดงออกในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อลดภาวะที่คุกคามต่อจิตใจ และการจัดการ กับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกัน

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

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

1.1 ไม่เกี่ยวข้องกับตน (irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่า สถานการณ์นั้นๆ ไม่มีผลต่อความผาสุก ไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรกับตน จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้

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

1.3 เป็นภาวะเครียด (stress) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นๆ บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และส่งผลกระทบต่อตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง 3 ลักษณะ คือ

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

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

1.3.3 เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ อาจจะเป็นอันตราย แต่คาดการณ์ว่าตนจะสามารถควบคุมได้ เป็นความเครียดที่เป็นเพียงความยุ่งยากที่ไม่เกินความสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้ บุคคลจึงมีความกระตือรือร้น ตื่นเต้นและมีแรงจูงใจที่จะสู้จะลง

2. การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญาความรู้ ประสพการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์ ความพร้อมหรือศักยภาพของตน และทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการคาดหวังถึงผลที่จะเกิดตามมาจากการใช้วิธีการปรับแก้ที่เลือกนั้นๆ การประเมินขั้นที่สองนี้ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินขั้นต้นอาจจะเกิดพร้อมๆกันได้

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

### รูปแบบการเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลมีการประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีต่าง ๆ เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและแสดงออกทางความรู้สึก หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆ เรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ที่เครียด การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้เป็นกระทำที่มุ่งแก้การปัญหา โดยใช้สติปัญญา ความรู้ การหาข้อมูลเพิ่มเติม การเพิ่มทักษะความสามารถของตนเอง

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

#### **การเผชิญความเครียดกับการแสดงออกทางอารมณ์**

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการศึกษาที่แสดงว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด โดยมีการศึกษาพบว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับต่ำ (Solomon & Draine, 1995) และระดับของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ (Hall & Docherty, 2000) ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีการเผชิญความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Bledin et al., 1990; Harrison & Dadds, 1992 cited in King et al., 2003) ดังนั้นในการวิจัยนี้ผู้วิจัยคาดว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

#### **การประเมินการเผชิญความเครียด**

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

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

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

### 2.3 การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

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

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ที่สังเกตเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตไปจากที่ตนเองเคยรู้สึก ที่ครอบคลุมความรุนแรง เวลาหรือความถี่ รูปแบบของการเกิดอาการ และผลที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล

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

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

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

2. การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) หมายถึง การขาดความสนใจและความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

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

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

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

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

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

อาการทางด้านบวก เป็นอาการที่มีมากกว่าที่บุคคลปกติควรจะมี ดังต่อไปนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1. ความคิดหลงผิด (Delusion) ซึ่งอาการหลงผิดที่พบบ่อยคือ

1.1 Delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนปองร้าย

1.2 Delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดถึงเรื่องราว

เกี่ยวกับตน เช่นเห็นคนคุยกันก็คิดว่าเขานินทาว่าร้ายตน

อาการหลงผิดบางชนิดมีความสำคัญมาก เพราะพบในโรคจิตเภทบ่อยกว่าโรคจิตชนิดอื่น เรียกว่า Schneider's first-rank symptoms ได้แก่

1) Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิด และการกระทำของตนถูกควบคุม โดยอำนาจภายนอกบางอย่าง

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

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

- 1) เสียงคนสองคน หรือมากกว่าพูดคุยกัน
- 2) เสียงคนพูดวิจารณ์ความคิด หรือการกระทำของผู้ป่วย

โดยลักษณะของเสียงดังกล่าวถือว่าเป็น Schneider's first-rank symptoms ด้วยเช่นกัน

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

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

พฤติกรรมแบบ catatonia อาการนี้มักพบในผู้ป่วยซึ่งเป็นแบบเฉียบพลัน ซึ่งมีอาการที่สำคัญ ดังนี้

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

4) Catatonic posturing ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะแปลกประหลาดเป็นเวลานาน ๆ

5) Catatonic excitement ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง

ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถควบคุมได้ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องขณะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเพื่อเป็นการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ดังนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพจะเกิดขึ้นจากความไว้วางใจ การได้รับความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี พยาบาลจิตเวชจึงควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้บริการในลักษณะเอื้ออาทร เอาใจใส่ มุ่งก่อให้เกิดความสุขสบายแก่ผู้ป่วย

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

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท เป็นการรับรู้ถึงระดับความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี พยาบาลจิตเวชจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่สามารถส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

4. ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา การรักษาโรคจิตเภทต้องใช้เวลาในการรักษาด้วยยา และยารักษาอาการทางจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยบางรายทนต่อฤทธิ์ของยาไม่ได้จึงทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี การให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทต้องให้ข้อมูลถึงอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ให้ความรู้ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ รวมทั้งแนะนำแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

### การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตกับการแสดงออกทางอารมณ์

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

### การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

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



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

#### 2.4 ความทุกข์ทรมาน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความทุกข์ทรมานไว้ ดังนี้

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

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

Selye (1987 ) กล่าวว่าความทุกข์ทรมานเป็นความเครียดชนิดหนึ่งซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม โดยสิ่งเร้าจะมีความรุนแรงและทำให้เกิดโทษหรืออันตรายต่อร่างกาย

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

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

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

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

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

#### **ความทุกข์ทรมานกับการแสดงออกทางอารมณ์**

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

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ความทุกข์ทรมาน สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

#### **การประเมินความทุกข์ทรมาน**

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

## 2.5 ระยะเวลาการเผชิญหน้า

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

### ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

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

## 2.6 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการกระทำในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์ การดูแลเอาใจใส่ ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และความแข็งแรงทางด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

### แนวคิดความความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา

ในภาวะปกติผู้ใหญ่จะดูแลตนเองได้ ส่วนผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากข้อจำกัดการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนจากโรคซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยบุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนี้ เรียกว่าผู้ดูแล (Dependent Care Agent) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

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

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

1.1 ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.2 ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จะเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.3 ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

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

2.1 ความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อม ตลอดจนเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการดูแลผู้ป่วย

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและ  
สอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายโดยทั่ว ๆ ไปซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ  
ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล

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

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตน

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความห่วงใยในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำ  
กิจกรรมต่าง ๆ

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

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

1. ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยจิตเภทในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้ง  
สนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแล

จะต้องมีเวลาสนใจ เอาใจใส่ และตระหนักถึงปัจจัยสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการลำดับความสำคัญและการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม เพื่อการดูแลผู้ป่วย

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ของตนเองเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้มีกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเสรี สมบูรณ์และต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างเต็มที่

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผล เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และรู้จักตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถแยกแยะเหตุและผล รู้จักมองความเกี่ยวข้องของความต้องการของผู้ป่วยกับการกระทำเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ โดยมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้ป่วย และกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย คือ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

6. มีทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติได้ตามที่ตัดสินใจ ผู้ดูแลจะต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีความสามารถในการที่จะตัดสินใจพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาที่

7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลที่ถูกต้อง

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะในการติดต่อสอบถามแพทย์ พยาบาลหรือผู้รู้ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลทราบถึงการกระทำที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และสามารถจัดลำดับของกิจกรรมให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ของผู้ดูแลได้

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลสามารถที่จะรักษาบทบาทของตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยยังคงความมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสามารถสอดแทรกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลและครอบครัวได้

#### **ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล**

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

#### **การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

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

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศไทย

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

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

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



## งานวิจัยต่างประเทศ

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

Bebbington and Kuiper (1994) ศึกษาระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย พบว่ารูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบ มักจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวหรือความวิตกกังวลที่มีอยู่ในใจของผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีลักษณะของการทิ้งปัญหาเรื้อรังไม่ได้รับการแก้ไข มีการเลื่อนเวลาออกไปและการหลีกเลี่ยงการพูดถึงปัญหาโดยตรง และ Bebbington ยังได้กล่าวถึงญาติที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาในระดับต่ำ รวมทั้งขาดทักษะการเข้าสังคมซึ่งมีผลทำให้ ผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง เป็นผู้ที่ได้รับการตำหนิ ถูกวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย ปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่เป็นไปทางลบ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หรือมีปฏิสัมพันธ์ขึ้น ๆ ลง ๆ ตลอด รูปแบบการแสดงความห่วงใยเป็นการพูดในเชิงลบ ตำหนิและวิจารณ์ ขาดทักษะการฟังและรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ในทางลบต่ำ จะดูแลผู้ป่วยโดยใช้การสื่อสารทางบวก มีการให้กำลังใจ การยกย่องชมเชย และการให้รางวัล ไม่ตัดสินคาดหวังหรือปฏิเสธผู้ป่วย

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

Scazuflca and Kuiper (1996) ศึกษาการความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์และการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการทางบวกและอาการทางลบ จำนวน 50 ราย และญาติผู้ป่วยที่อาศัยกับ

ผู้ป่วยและมีความใกล้ชิด ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินการแสดงออกทางอารมณ์และภาวะในการดูแล และให้บอกถึงพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลสูงกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และมีการรับรู้ความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยสูงกว่าในผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ดังนั้นการแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และสามารถคาดเดาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติได้

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

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

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

Boye et al.(1999) ศึกษาเรื่องการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือ ผู้ป่วยจิตเวช เป็นการศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 59 คน ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันระยะแรก หรือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในระดับสูงเกี่ยวข้องกับ การที่ผู้ป่วยไม่ทำงาน หรือไม่เรียนหนังสือ ในช่วงก่อนเข้ารับการรักษา และรับรู้ภาระในการดูแลเกี่ยวข้องกับระดับการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นมารดา มากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เกี่ยวข้องกับ การแสดงออกทางอารมณ์ ตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่ทำงานหรือไม่เรียน และภาระในการดูแล

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

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

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

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

มารดาเป็นผู้ดูแล ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้เครื่องมือ CFI ผลการศึกษาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น ลุกี้ ลุกอน อยู่ไม่เป็นสุข ความเครียด และ อารมณ์เศร้าในผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ที่ขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ และยังพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลยังเป็นไปในทางลบ หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและเกิดการป่วยซ้ำในที่สุด การหาแนวทางแก้ไขปัญหาก็ให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมจะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้ พยาบาลจิตเวชจึงควรทำความเข้าใจกับปัจจัยต่าง ๆ ที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล เพื่อการวางแผนให้การพยาบาลผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท เพื่อการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีปัจจัยที่นำมาศึกษา 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยแต่ละด้านประกอบด้วยตัวแปรดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย และการทำงาน

ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแล และระยะเวลาการเผชิญหน้า

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

