

ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2560  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COPING GROUP PROGRAM ON EXPRESSED EMOTION OF  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการ  
แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
โดย นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

มานิตา ศิริพัฒน์ : ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF COPING GROUP PROGRAM ON EXPRESSED EMOTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 165 หน้า.

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม 2) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน และจับคู่ด้วยระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์และความเพียงพอของรายได้ สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพ กระบวนการประเมินทางความคิด การประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท การประเมินแหล่งประโยชน์ โรคจิตเภทและทักษะการดูแล การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ และการประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไข 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เครื่องมือสองชุดแรกผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เครื่องมือชุดที่ 3) - 4) มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .89 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5777320636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: COPING GROUP PROGRAM / HIGH EXPRESSED EMOTION / SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS

MANITA SIRIPHAT: THE EFFECT OF COPING GROUP PROGRAM ON EXPRESSED EMOTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 165 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare: the expressed emotion in schizophrenic patients' caregivers before and after received the coping group program, and 2) the expressed emotion in schizophrenic patients' caregivers who received coping group program and those who received regular nursing care. The study sample of 40 schizophrenic patients' caregivers in out-patient department, psychiatric clinic of Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital who met the inclusion criteria were purposively recruited. They were matched-pair by face to face contact and income and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the coping group program, whereas the control group received regular nursing care. Research instruments were: 1) coping group program, developed by the researcher, composed of providing education and improving skills related to primary appraisal; interpersonal relationships, cognitive process of appraisal, secondary appraisal; stress from interaction with schizophrenic patients, analysis of resources, schizophrenia caring, appropriate expressed emotion and communication, problem focused coping and emotion focused coping, and reappraisal. 2) demographic data form 3) the Level of Expressed Emotion Scale 4) the Problem Focus Coping Scale. The first two instruments were validated for content validity by 5 experts. The Cronbach's Alpha reliability of instruments number 3) and 4) were as of .89 and .82, respectively. Data were analyzed using mean, SD, and t-test.

Major Findings as follows:

1. The expressed emotion of schizophrenic patients' caregivers who received coping group program was significantly lower than that before at the .05 level.
2. The expressed emotion of schizophrenic patients' caregivers who received coping group program was significantly lower than those who received regular nursing care at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2017

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่า ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเสียสละ ความเมตตาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอ กราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็น ประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้สอน วิชาความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้คำแนะนำที่ดีเสมอมา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุน การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ แพทย์และพยาบาลหน่วยงานจิตเวช เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ คำแนะนำ และช่วยประสานงานอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ช่วยเหลือใน เรื่องงานและการแลกเปลี่ยนเวรเพื่อการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวก ในการติดต่อเอกสารดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคน สำหรับมิตรภาพรวมถึงความช่วยเหลือ และคอยให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

กราบสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณแห่งฟ้าเบื้องบน ที่ให้ชีวิตและลมหายใจ มอบพลังส่งมาถึงผู้วิจัย ทำให้พบโอกาสที่ดีก่อให้เกิดปัญญาในการเรียนรู้

กราบขอบพระคุณบิดามารดาที่ให้ชีวิต สติปัญญา ความรักความเข้าใจ คอยให้กำลังใจห่วงใยผู้วิจัย ทำให้มีพลังในการเรียนรู้ จนบรรลุวัตถุประสงค์ของการทำวิทยานิพนธ์ขึ้นนี้

ท้ายสุดคุณค่าแห่งความดีและประโยชน์ใดใด อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้ ผู้ป่วยจิต เภทและผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ให้มีความสุข สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	15
2. แนวคิดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	20
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	24
4. แนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	30
5. แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียด.....	36
6. โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม.....	41
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47

8. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	51
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	53
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	53
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	58
เกณฑ์กำกับการทดลอง.....	66
ขั้นตอนดำเนินการทดลอง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	87
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	89
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	93
สรุปผลการวิจัย .....	98
อภิปรายผลการวิจัย .....	99
ข้อเสนอแนะ .....	105
รายการอ้างอิง.....	106
ภาคผนวก .....	114
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและหนังสือขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ภาคผนวก ข การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	120
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	124
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....	155
ภาคผนวก จ ใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมความรู้ด้านจริยธรรมในคนหลักสูตรพื้นฐาน .....	161





ภาคผนวก ฉ ตารางคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท.....	163
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	165



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์และความเพียงพอของรายได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	55
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกตามเพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส.....	56
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลตามโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้ดูแลการพยาบาลตามปกติ จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว และระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยแต่ละสัปดาห์.....	57
ตารางที่ 4	การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม .....	69
ตารางที่ 5	คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม .....	85
ตารางที่ 6	คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test) .....	90
ตารางที่ 7	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม (n=20).....	91
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังทดลอง.....	92
ตารางที่ 9	คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท) .....	164

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีระยะอาการเริ่มทุเลาลง จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้าน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) เมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้านทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความรู้สึกเครียด กัดดัน รู้สึกเป็นภาระมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สภาพครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกันมีแนวโน้มเกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (นาถนภา วงษ์สีล, 2555) ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ตำหนิผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับสูง สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการกำเริบซ้ำ (Sonpaveerawong, 2002) และผู้ดูแลที่มีความคาดหวังสูงในตัวผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเองแต่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้นั้น จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกผิดหวัง โกรธ และใช้น้ำเสียง คำพูดที่ตึงเครียดในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย (Hooley, 2007) โดยเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติต่อผู้ป่วย นั่นคือมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าการที่ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น การเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมองผู้ดูแลในด้านลบ มีความเครียดสูงจนเกิดการกำเริบซ้ำได้ (Butzlaff & Hooley, 1998)

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม โดยมีลักษณะความคิดที่ผิดปกติเป็นอาการเด่น ทั้งที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียอวัยวะใด (อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย, 2554) พบว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด จากสถิติประชากรทั่วโลกพบผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน (WHO, 2015) อุบัติการณ์การเกิดโรคพบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2016) และมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับประเทศไทยพบว่าประชากรช่วงอายุ 15-59 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทถึง 5.37-8.8:1,000 คน (Phanthunane et al., 2010) เพศชายมีแนวโน้มป่วยเป็นจิตเภทมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธจิตต์ และและมานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตช่วงปี 2558-2560 กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท จำนวน 488,436 580,181 และ 480,266 ราย ตามลำดับ (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2558) ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิก

จิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ปี 2558-2560 สถิติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 946 1,025 และ 1,120 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นจำนวนมากที่สุดของโรคจิตเวช (สารสนเทศ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช, 2560)

ผู้ป่วยจิตเวชมีความบกพร่องในการดูแลตนเองผลจากลักษณะการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันปัญหาการป่วยซ้ำ ในรายที่มีอาการทางจิตทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน (Sadock & Sadock, 2007) ในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ดูแล (Addington, McCleery, & Addington, 2005) ซึ่งในประเทศไทยผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ก็อาศัยอยู่กับผู้ดูแลด้วยเช่นกันพบว่าร้อยละ 70 เป็นบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลในครอบครัว (นพรัตน์ ไชยธานี, 2545) มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคจิตเวชนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจากการสูญเสียการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ยังส่งผลต่อผู้ดูแลในครอบครัวในการเผชิญกับความเครียด อารมณ์เปลี่ยนแปลง สมาชิกในครอบครัวเกิดความขัดแย้ง และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกัน (Chien, Norman, & Thompson, 2004) มีการศึกษาเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชที่พบได้บ่อย พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุทธิชัย, 2550) พบว่าสภาพครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อกันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำได้มากกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Butzlaff & Hooley, 1998) ปัจจัยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์ และขาดความเข้าใจในทักษะการเผชิญความเครียด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง (Tan et al., 2012)

การแสดงออกทางอารมณ์ เริ่มจากแนวคิดของ Brown et al. (1972) กล่าวว่า เป็นการแสดงออกของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช โดยภาษาพูด ท่าทาง พฤติกรรมที่สื่อถึงอารมณ์ความรู้สึกต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 5 ลักษณะ 1) การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) เป็นการกล่าวถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในลักษณะที่ขุ่นเคือง โดยใช้คำพูดหรือน้ำเสียง 2) การแสดงความเป็นมิตร (Hostility) เป็นการแสดงทัศนคติไม่ยอมรับ 3) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion over involvement) เป็นความเห็นใจต่อบุคคลหรือก้าวร้าวมากเกินไป 4) การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) 5) การแสดงความเป็นมิตร (Warmth) สามารถสรุปได้เป็น 2 ด้าน คือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ การแสดงความชื่นชม และการแสดงความเป็นมิตร ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดง ความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ทั้ง 5 ลักษณะ หรือการแสดงออก

ด้านบวกและการแสดงออกด้านลบดังกล่าว หลังจากใช้เครื่องมือการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างวัดแปลผลสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์สูง และการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ โดยบราวน์และคณะ (1972) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงภายใน 9 เดือน ผู้ป่วยมีโอกาสป่วยซ้ำร้อยละ 58 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำมีโอกาสป่วยซ้ำเพียงร้อยละ 16 (Brown et al., 1972) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำได้

การศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ มีการใช้คำหลายรูปแบบ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์สูง การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก การแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและเครื่องมือวัดแปลผล ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยใช้แนวคิดของ Vaughn and Leff (1981) กล่าวถึงการแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับแนวคิด Brown et al. (1972) ว่าเป็นการแสดงออกของผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภท โดยภาษาพูด ท่าทาง พฤติกรรมที่สื่อถึงอารมณ์ความรู้สึกต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การวิพากษ์วิจารณ์ 2) การแสดงความเป็นมิตร 3) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป 4) การแสดงความรัก 5) การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร ภายหลังใช้เครื่องมือวัดการแสดงออกทางอารมณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท (LEE) สามารถแปลผลแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และการแสดงออกทางอารมณ์สูง

Vaughn and Leff (1981) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติ เพื่อสื่อถึงความรู้สึกทัศนคติ ในรูปแบบ น้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทาง ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ 1. การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) 2. การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion over involvement) รวมถึงการแสดงความเป็นมิตร ซึ่งได้ขยายความต่อถึงรูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน 4 ลักษณะ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1.การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) 2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ( A highly emotional response to patient's illness) 3. มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) 4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) ซึ่งงานวิจัยนี้จะศึกษาโดยใช้แนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ดังกล่าว

การศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผ่านมา ในต่างประเทศมีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกในสเปน พบผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงร้อยละ 52.6 (González-Blanch et al., 2010) ครอบครัวมีค่าเฉลี่ยความเครียดระดับรุนแรงร้อยละ 24 ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อกันมีผลทำนายนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Addington et al., 2005) ในประเทศไทยศึกษาถึงการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอีสานพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบร้อยละ 31.2 (ภรดี ไชยสิน, 2545) การศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบนพบว่าอยู่ในระดับที่เหมาะสม พบตัวแปรการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาสามารถร่วมทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทรสเสถียร, 2552) ภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค, 2555) การศึกษาตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำผู้ป่วยไทยมุสลิมพบว่า สภาพครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (นาถนภา วงษ์ศีล, 2555) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตอยู่ในระดับที่เหมาะสม (ทัตชญา สมประดิษฐ์, 2558) ทั้งนี้การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวก็ยังเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือพัฒนา

การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบปัจจัยเกี่ยวข้องที่มีผลทั้งด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยพบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีการแสดงออกทางอารมณ์รูปแบบวิพากษ์วิจารณ์หรือเข้าไปยุ่งเกี่ยว มีการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Boye et al., 1999) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญกับอาการของผู้ป่วยทำให้เครียดกับการเปลี่ยนแปลง โดยผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำ (Hall&Docherty,2000;Karanci&Inandila,2002;Mondal&Misrha,2015;ชนมาภรณ์ พงศ์จันทรสเสถียร,2552;ทัตชญา สมประดิษฐ์,2558) การรับรู้ความรุนแรงอาการทางจิต พบว่าความรุนแรงทางจิตของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์สูงของมารดาด้านการวิพากษ์วิจารณ์ (King, Ricard, Rochon, Steiger, & Nelis, 2003) ระยะเวลาการเผชิญหน้า ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการของผู้ป่วยมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Boye et al., 1999) ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยมากมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Leff et al.,1987) และสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทาง

อารมณ์ (ภรดี ไชยสิน, 2545) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดีจะทำให้เกิดความกดดันในจิตใจ ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Campbell, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา พบว่าระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ (Hall & Docherty, 2000) การศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทสรุปพบว่า ผู้ดูแลที่ขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาส่งผลทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านวิพากษ์วิจารณ์และการแสดงความเป็นมิตรร้อยละ 41.5 (Karanci & Inandilar, 2002) ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีการเผชิญความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (King et al., 2003) การศึกษาความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางอารมณ์และวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบการแสดงออกทางอารมณ์ลักษณะความไม่เป็นมิตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Mondal & Mishra, 2015) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาสามารถร่วมทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 36.2 (ทัตชญา สมประดิษฐ์, 2558)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบทบาทสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์อีกทางหนึ่ง ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการดูแลผู้ป่วย บางรายอาจเสียสละหน้าที่งานประจำ ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ในช่วงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การรับหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่างๆ ในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เกิดความเครียดเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยหลายด้าน ใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าในครอบครัวมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีความเครียดในระดับสูง การศึกษาของ Doornbos (2002) ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด การศึกษาของ Tan et al. (2012) เกี่ยวกับการระการดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเครียดได้มากถึงร้อยละ 31.3 ซึ่งหากผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมก็อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทหากผู้ดูแลยังคงมีความเครียดความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลลดลงส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ซึ่งเกิดปัญหาการป่วยซ้ำได้

แนวคิด Lazarus and Folkman (1984) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่าเป็นความพยายามในการเปลี่ยนความคิดการกระทำในการจัดการความเครียดทั้งภายในและภายนอก โดยใช้กำลัง

ความสามารถและแหล่งประโยชน์ บุคคลต้องประเมิน โดยผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดสติปัญญา เพื่อให้ความเครียดลดลง มี 3 ขั้นตอน คือ 1. การประเมินขั้นแรก (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์ใดไม่เกี่ยวข้องกับตน (Irrelevant) มีผลดีผลเสียกับตน (Benign positive) หากประเมินว่ามีผลเสียหมายถึงสถานการณ์นั้นเป็นภาวะเครียด (stressful) ที่เกิดขึ้น 2. การประเมินขั้นที่สอง (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์และคาดหวังผลที่จะเกิดในการแก้ไขปัญหา 3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) ประเมินสถานการณ์ว่ายังมีภาวะเครียดอีกหรือไม่ หลังจากได้รับข้อมูลใหม่ การเผชิญความเครียดมี 2 รูปแบบ 1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นการใช้วิธีแก้ปัญหาโดยเรียนรู้ใช้ทักษะสติปัญญามุ่งปรับแก้ปัญหที่เกิดขึ้นโดยตรง ซึ่งจะช่วยลดความเครียดอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง 2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นการแก้ไขอารมณ์เพื่อรักษาสมดุล แต่ไม่ได้เป็นการจัดการกับปัญหาให้หมดไปได้

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาการเผชิญความเครียด ต่างประเทศพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นวิธีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เลือกใช้ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้ดูแลขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ก็จะส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความเป็นมิตรในผู้ดูแลได้ร้อยละ 41.5 (Karanci&inandilar, 2002) ในประเทศไทยพบว่า การเผชิญกับอาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเครียดกับการเปลี่ยนแปลง หากการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำ ส่งผลให้ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ทัศนญา สมประดิษฐ์, 2558) เมื่อผู้ดูแลมีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2553) การศึกษาที่ทดลองที่ผ่านมามีพบว่า โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อภิชา แซ่มซ้อย, 2550) การศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (มัลลิกา จันทร์เพ็ญ, 2557) ซึ่งประเทศไทยยังไม่พบการใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดเพิ่มทักษะการเผชิญความเครียด เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีเพียงการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาระการดูแลและลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนการแสดงออกทางอารมณ์ได้ (González-Blanch et al., 2010) ทั้งนี้ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือพัฒนา



ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงนำแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) มาใช้พัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการให้ความรู้ร่วมกับส่งเสริมทักษะการเผชิญเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยจะศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เนื่องจากปัจจุบันทางโรงพยาบาลมีเพียงการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน วิธีผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลเบื้องต้นในระยะเวลาสั้นๆขณะมารับบริการด้วยเวลาเพียงจำกัด ซึ่งเมื่อเสร็จสิ้นการให้คำแนะนำ ผู้ดูแลยังต้องมีการเผชิญกับปัญหาอีก การแก้ปัญหาจึงเป็นเพียงการแก้ปัญหาชั่วคราว ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดร่วมกับกระบวนการกลุ่มมาจัดกระทำกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มุ่งหวังว่าการใช้โปรแกรมดังกล่าวจะทำให้เพิ่มศักยภาพเผชิญความเครียด ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

### คำถามการวิจัย

1. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังจากการได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบทบาทสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย รับรู้การเป็นภาระในการดูแล พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) ตามแนวคิดของ Vaughn and Leff (1981) อธิบายว่า การแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติของผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1. การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) 2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A highly emotional response to patient's illness) 3. มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) 4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) ซึ่งจากลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ดังกล่าว เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความเครียดในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และใช้การเผชิญความเครียดในการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม

การศึกษาถึงการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์พบว่า ระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ (Hall & Docherty, 2000) ผู้ดูแลที่ขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาส่งผลทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงร้อยละ 41.5 (Karanci & Inandilar, 2002) การศึกษาการเผชิญความเครียดพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดทักษะการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม (Tan et al., 2012) รวมถึงขาดความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Marsh & Johnson, 1997) และมีทักษะการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Brown et al., 1972)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการใช้การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด ในโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงขึ้น (อภิชา แซ่ม้อย, 2550) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้น (มัลลิกา จันทรเพ็ญ, 2557) ซึ่งประเทศไทยยังไม่พบการใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดเพิ่มทักษะการเผชิญเครียด เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีเพียงการให้สุขภาพจิตศึกษา อย่างไรก็ตามพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเพียงอย่างเดียวไม่

สามารถเปลี่ยนการแสดงออกทางอารมณ์ได้ (González-Blanch et al., 2010) ทั้งนี้การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือพัฒนา ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงนำแนวคิด Stress Appraisal and Coping ของ Lazarus and Folkman (1984) มาใช้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มจัดกระทำต่อการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการในรูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ตามระยะพัฒนาการกลุ่มร่วมด้วยเพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยจะศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มุ่งหวังว่าการใช้โปรแกรมดังกล่าวจะทำให้เพิ่มศักยภาพเผชิญความเครียดได้เหมาะสม ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลและลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม 3 ขั้นตอนตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล โดยกลุ่มทดลองแบ่งกลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

### **ขั้นตอนที่ 1 การประเมินขั้นแรก (primary appraisal) ประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์**

#### **กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด**

กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุยสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน และได้รับความรู้ในกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินขั้นแรก การประเมินขั้นที่สอง และการประเมินซ้ำ ร่วมกับการเรียนรู้การประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกัน สร้างความเข้าใจกระบวนการประเมินทางความคิดจากความรู้ที่ได้รับ และประเมินจากสถานการณ์ที่ผ่านมาให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น

#### **กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท**

กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม เกี่ยวกับประสบการณ์ปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าเป็นความเครียด โดยพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm or loss) ซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้เกิดขึ้นในปัจจุบันหรือเป็นสิ่งที่คุกคาม (Threat) ซึ่งคาดการณ์ว่าตนเองจะได้รับอันตรายทำให้รู้สึกในทางลบ ทำให้เกิดความยุ่งยากตามมา หรือเป็นความท้าทาย (Challenge) โดยประเมินว่าอาจเป็นอันตรายเกิดความยุ่งยากแต่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดการกระตือรือร้น สามารถประเมินความเครียดที่ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลและผลกระทบ พร้อมแนะนำคู่มือการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแล

## ขั้นตอนที่ 2 การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) ประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์

### กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้โรคจิตเภทและทักษะการดูแล

กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มเกี่ยวกับการประเมินแหล่งประโยชน์ในสังคมหรือทางเลือกที่สามารถกระทำได้ โดยสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อสงสัยเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ดูแลได้รับความรู้โรคจิตเภท อาการ ความรุนแรงและทักษะการดูแล โดยถ่ายทอดความรู้ผ่านคู่มือร่วมกับใช้สื่อวีดีโอ กิจกรรมช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท เป็นการเตรียมความพร้อมในทักษะการเผชิญความเครียด ส่งเสริมความสามารถในการดูแล ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

### กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ดูแลได้เล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนการแสดงออกทางอารมณ์ในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทาง เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านและการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง สาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม ทบทวนความรู้จากกิจกรรม ได้รับความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการสื่อสารทางบวกช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เปรียบเทียบการสื่อสารทางลบที่ส่งผลเสียต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท จากการแสดงบทบาทสมมติ สถานการณ์ตัวอย่าง ทำให้เห็นถึงการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารระหว่างกัน สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นผลลัพธ์ที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ ผลดีผลเสียรวมถึงผลกระทบจากการแสดงออกดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการเผชิญความเครียดและลดการแสดงออกทางอารมณ์ได้

### กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์

กิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งให้สมาชิกได้ทบทวนประสบการณ์การเผชิญความเครียด โดยให้ทำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ได้รับความรู้การเผชิญความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งอารมณ์ ได้รับความรู้ผลดีผลเสียจากการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ มีทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ยกสถานการณ์ตัวอย่างโดยให้สมาชิกแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนและเลือกวิธีการแก้ไขตามความเหมาะสม เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญปัญหาและวางแผนการจัดการ โดยส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์และสาธิตเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด โดยใช้สื่อ CD การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์และลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

### ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ (reappraisal)

#### กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ

กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้สมาชิกกลุ่มประเมินว่ายังมีความเครียดหรือไม่ ให้สมาชิก ร่วมประเมินซ้ำจากสถานการณ์ที่ผ่านมา ทบทวนจากกิจกรรม นำเสนอทบทวนความรู้และทักษะที่ นำไปประยุกต์ใช้จากกิจกรรมที่ผ่านมา เพื่อให้สมาชิกมีการเผชิญความเครียดและคงไว้ซึ่งการ แสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) มาใช้พัฒนา โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย มุ่งหวังว่าการใช้โปรแกรมดังกล่าวจะทำให้เพิ่มศักยภาพเผชิญความเครียดได้เหมาะสม ส่งผลให้ลด การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลและลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

#### สมมติฐานการวิจัย

1. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญ ความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญ ความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษา 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผล ของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช คุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

**ตัวแปรตาม** คือ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การแสดงออกทางอารมณ์** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อสื่อถึงความรู้สึกรวมถึงทัศนคติในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทางของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 4 ลักษณะ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1. การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก 2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท 3. มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท 4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Vaughn and Leff (1981)

ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เครื่องมือแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ The Level of Expressed Emotion Scale (LEE) ตามแนวคิดของ Vaughn and Leff (1981) พัฒนาโดย Cole and Kazarian (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค (2555) โดยผู้ดูแลที่มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์น้อย ถือว่ามีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ หากมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์มาก ถือว่ามีระดับการแสดงออกทางอารมณ์สูง

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV และ ICD-10 (Schizophrenia:F.20.0- F.20.9) เป็นผู้ดูแลซึ่งอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร อายุ 20-59 ปี ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างใดๆ มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลที่มีอาการป่วยทางจิต ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์

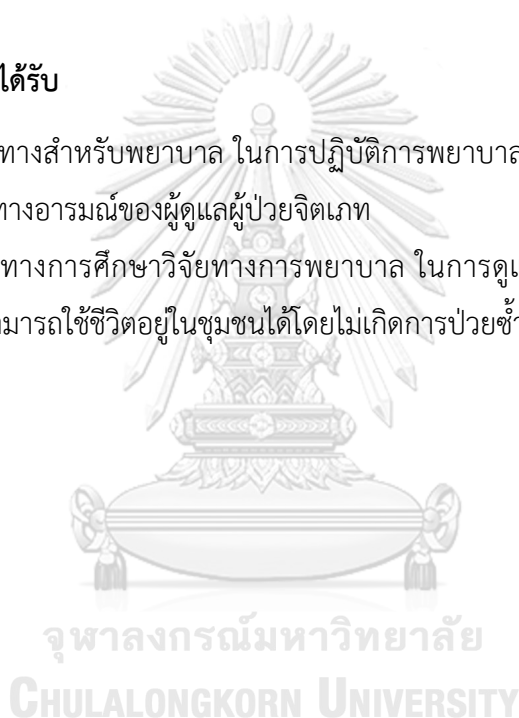
**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ศูนย์ ขณะมารับบริการ ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามสภาพปัญหา วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การให้ความรู้การจัดการสิ่งแวดล้อมและวิธีผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแล การนัดหมายและมาก่อนนัดเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต

**โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งมีรูปแบบการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดตามกระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินขั้นแรก (primary appraisal) ประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์ การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) ประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการ

กับสถานการณ์ การประเมินซ้ำ (reappraisal) เพื่อประเมินหลังได้รับข้อมูลใหม่ว่ายังคงมีความเครียดหรือไม่ ซึ่งเนื้อหาแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความรุนแรง ทักษะการดูแล การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เพื่อลดความเครียด เพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียด ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม 3 ขั้นตอนตามกระบวนการการประเมินทางความคิดของบุคคล ดำเนินการในรูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) แบ่งกลุ่มละ 10 คน 2 กลุ่ม ดำเนินการ 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ใช้เวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมการเผชิญความเครียด เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่เกิดการป่วยซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
  - 1.2 ปัจจัยสาเหตุกับการเกิดโรคจิตเภท
  - 1.3 อาการทางคลินิก และการดำเนินโรค
  - 1.4 การรักษาโรคจิตเภท
2. แนวคิดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
  - 2.2 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 4.1 ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์
  - 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์
  - 4.3 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์
5. แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียด
  - 5.1 ความหมายความเครียดและการเผชิญความเครียด
  - 5.2 แนวคิดการเผชิญความเครียด
  - 5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด
  - 5.4 วิธีการเผชิญความเครียด
6. โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิด



## 1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

Sadock and Sadock (2007) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ ซึ่งมีพฤติกรรมผิดปกติไปจากบุคคลอื่น

พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม

สมภพ เรืองตระกูล (2553) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย หรือโรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นหลัก ส่งผลถึงการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งร่างกายไม่มีการสูญเสียหน้าที่หรือการทำงานของอวัยวะอื่น

WHO (1992) ให้ความหมายว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ การรับรู้ และอารมณ์ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ที่อ ความสามารถด้านชีวปัญญาดี

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปความหมายโรคจิตเภทได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม พบความผิดปกติอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีความเจ็บป่วยด้านร่างกาย

### 1.2 ปัจจัยสาเหตุกับการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภทยังไม่มีการทราบถึงสาเหตุที่แน่ชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

#### 1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

1.2.1.1 พันธุกรรม พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากประชากรทั่วไปพบได้ประมาณ 1 เปอร์เซ็นต์ของประชากรทั้งหมด ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีอัตราการเกิด 35-58 เปอร์เซ็นต์ (Wilson and Kneisl, 1996) ญาติสนิทของผู้ป่วยโรคจิตเภท (บิดา มารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรโดยทั่วไป 10 เท่า พบว่าบุตรที่มีมารดาแท้ๆป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทด้วยคิดเป็นร้อยละ 10 ในขณะที่บุตรบุญธรรมในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 1

1.2.1.2 สารเคมีในสมอง เกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีในสมอง Dopamine กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท โดยเชื่อว่าสาร Dopamine หลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ โดยศึกษาพบว่าสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของโดปามีนมากขึ้น ซึ่ง

ก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol Chlorpromazine มีผลยับยั้ง การจับกันของสารโดปามีนจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan and Sadock,1998) นอกจากนี้ยัง พบสารสื่อประสาทตัวอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท เช่นความผิดปกติของ serotonin จึงผลิตยา clozapine และ risperidone ซึ่งสัมพันธ์กับ serotonin receptors (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

1.2.1.3 กายวิภาคของสมอง การเกิดโรคจิตเภทพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคของสมอง ได้แก่ การที่มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วน cortical gray matter และมี ventricle ที่โตกว่าปกติ พบว่าการที่ ventricle ที่โตกว่าปกตินั้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางด้านลบและยังพบว่า การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีและมีการบกพร่องทางด้านการรู้คิด

1.2.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในปริมาณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามปัจจุบันมองแนวคิดนี้ว่า การทำงานของในผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่เป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองหลายๆวงจรที่มีการเชื่อมโยงกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองได้ว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity

### 1.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ระบบครอบครัว บกพร่อง สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทางไม่เป็นมิตร (hostility) หรือมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป (emotional over involvement) ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี

### 1.2.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม

ปัจจัยกระบวนการภายในจิตใจ ความต้องการที่เกิดจากสัจชาตญาณตามธรรมชาติ และพลังการควบคุมภายในจิตใจ ถ้าความต้องการมีมากกว่าจะทำให้เกิดความขัดแย้ง คับข้องใจไม่สามารถตอบสนองตนเองได้อย่างเพียงพอ

## 1.3 อาการทางคลินิก และการดำเนินโรค

1.3.1 อาการทางคลินิก โดยทั่วไปแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ อาการด้านบวกและอาการด้านลบ (นันทวิช สิทธีรักษ์และคณะ, 2558; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2546) ดังนี้

1.3.1.1 อาการด้านบวก (Positive Symptom) หมายถึง อาการผิดปกติที่เพิ่มมากกว่าคนทั่วไป อาจเกิดขึ้นเร็ว และพบได้หลายช่วงของการดำเนินโรค มักพบในช่วงอาการกำเริบ ได้แก่

1) อาการหลงผิด (Delusion) ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย (persecutory delusion) หลงผิดว่าตัวเองถูกพาดพิง (delusion of reference) หลงผิดที่มีเนื้อหาแปลกประหลาด (Bizarre Delusion) เช่น หลงผิดว่าร่างกายของตนเองถูกควบคุมจากมนุษย์ต่างดาว

2) ประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อย คือ หูแว่ว (auditory delusion) ได้ยินเสียงที่เป็นเรื่องราวชัดเจน อาการอื่นเช่น เห็นภาพหลอน (visual hallucination)

3) Schneiderian first rank symptom เป็นกลุ่มอาการสำคัญที่มีทั้งประสาทหลอนและอาการหลงผิด พบในโรคจิตเภทบ่อยกว่าโรคจิตชนิดอื่น

4) ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech) ผู้ป่วยจะพูดไม่ค่อยเข้าใจ เช่น พูดไม่ต่อเนื่องกัน (loosening of association) หรือพูดไม่รู้เรื่อง (incoherence) ทำให้คนอื่นไม่อยากพูดคุยกับผู้ป่วย

5) ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior) ผู้ป่วยมีการแต่งกายสกปรก แปลก ไม่สนใจดูแลตนเอง ร้องเอะอะโวยวาย มีพฤติกรรมวุ่นวาย

1.3.1.2 อาการด้านลบ (Negative symptom) หมายถึง อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากบุคคลทั่วไป ได้แก่

1) Affective Flattening เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา

2) Alogia พูดน้อยหรือไม่พูด ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

3) Avolition ไม่มีแรงจูงใจ หรือเฉื่อยชาลง ขาดความกระตือรือร้น หหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ไม่สนใจการแต่งกาย บางครั้งอาจอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไรทั้งวัน ทำทางเฉื่อยชาไม่มีชีวิตชีวา

4) Asociality ไม่เข้าสังคม เก็บตัว ไม่ค่อยสนุกรสนานกับกิจกรรม อาการจะค่อยเป็นค่อยไปและมักพบในช่วงหลังของการดำเนินของโรค

1.3.2 การดำเนินของโรค ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคเกิดขึ้นช้าๆ ช่วงแรกอาจมีอาการไม่ชัดเจน ผู้ดูแลอาจไม่ได้สังเกตหรือไม่เห็นถึงความสำคัญ เมื่ออาการเป็นมากขึ้นค่อยนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งการดำเนินโรคโดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1.3.2.1 ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยเริ่มจะมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีอาการด้านลบ เช่น มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานเริ่มแยลง เก็บตัวในห้องคนเดียว ไม่สนใจตนเอง บางครั้งมีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ร่วมกับมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ไม่ถึงกับผิดปกติ ญาติหรือคนใกล้ชิดสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม มีอาการนำก่อนที่จะมีอาการกำเริบ เช่น นอนไม่หลับ ความจำไม่ดี เบื่ออาหาร ซึมเศร้า เป็นต้น ช่วงระยะเวลานี้

อาจไม่แน่นอน อาจใช้ระยะเป็นสัปดาห์หรืออาจนานเป็นปีก็ได้ โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 1 ปี การพยากรณ์ของโรคจะไม่ดีหากระยะนี้ผู้ป่วยเป็นอยู่นาน

1.3.2.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน มักเป็นกลุ่มอาการทางบวก (positive symptom) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทรุนแรง ความผิดปกติของการพูด ความผิดปกติของพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว อาการจะรุนแรงเป็นช่วงๆ อาการมักปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยระยะเวลายาวนาน

1.3.2.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ คล้ายกับระยะที่เริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect อาจมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดเหลืออยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงนี้อาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในช่วงของระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการ Relapse ได้เป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงที่พบได้บ่อยก่อนอาการกำเริบ คือ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว หงุดหงิด และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

#### 1.4 การรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากหลายสาเหตุ การรักษาขึ้นอยู่กับระยะอาการของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรักษาจึงต้องใช้วิธีผสมผสานหลายอย่าง โดยมีแนวทางดังนี้

1.4.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก ซึ่งยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิต ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ลำคอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

1.4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมอง จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยทำการรักษาไฟฟ้าร่วมด้วย ปัจจุบันพบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งในการรักษาอาการโรคจิตที่ต้องการผลการรักษาแบบเร่งด่วน พบว่ามีการรักษาด้วย ECT ในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาในรพ.จิตเวชร้อยละ 74.3 โดยการรักษาด้วยไฟฟ้านั้นโดยปกติแล้วจะทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 6-12 ครั้ง นอกจากนี้ ยังใช้ในการรักษาผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือ ผู้ป่วยที่มี Severe depression เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงร่วมด้วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

### 1.4.3 การรักษาด้วยจิตสังคม

1.4.3.1 จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการรักษาโดยใช้วิธีการของจิตบำบัด ประคับประคอง โดยผู้รักษามีการตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ผู้รักษาให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ ช่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก เข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง ผู้บำบัดส่งเสริมให้กำลังใจ โดยช่วยหาวิธีการแก้ปัญหาในแบบที่ผู้ป่วยทำได้ สามารถทำได้ทั้งในรายบุคคลและรายกลุ่ม จิตบำบัดรายกลุ่มยังช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเข้าสังคมเพิ่มขึ้น (ธีระ ลีลา นันทกิจ, 2552)

1.4.3.2 ครอบครัวบำบัด (family intervention) เป็นการจัดการกระทำกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวหรือทุกคนที่มีส่วนร่วมในสมาชิกครอบครัวที่ผู้บำบัดเห็นว่าจะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย เพื่อให้ครอบครัวยอมรับ หาสาเหตุ ตลอดจนการจัดการกับปัญหาได้เหมาะสม และนำไปสู่ครอบครัวที่อบอุ่น (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2553) พบว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันสูง อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภทระยะเวลานาน ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรคในผู้ป่วย การช่วยเหลือครอบครัวจะทำให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของครอบครัว ลดการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท (ธีระ ลีลา นันทกิจ, 2552)

1.4.3.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการทำการกลุ่มกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีการให้คำแนะนำและการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ฝึกทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการให้กำลังใจ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.4.3.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) การจัดรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ให้การพยาบาล ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่จุดมุ่งหมายเพื่อการบำบัด โดยผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรัง ที่มีหลายปัจจัยเป็นสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลต่อบุคคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกายลดลง การรักษาที่สำคัญโดยการใช้ยาเป็นหลัก ร่วมกับการบำบัดอาการทางจิตและการรักษาโดยใช้ไฟฟ้า เพื่อให้ร่างกายมีอาการที่เป็นปกติ ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ

## 2. แนวคิดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน อาจมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือผูกพันกันทางกฎหมาย โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ การให้ความหมายแบ่งตามความรับผิดชอบในการดูแล 2 ลักษณะ (Horowitz & Rienhard, 1985) ดังนี้

2.1.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลกิจกรรมโดยตรงมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองด้านร่างกายต่อผู้ป่วย เช่น ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านการเตรียมยา การรับประทานอาหาร ซึ่งใช้เวลาดูแลต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่าบุคคลอื่น

2.1.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ดูแลจัดการ คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักเมื่อไม่สามารถทำธุระได้ ทำหน้าที่ด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วย เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน เป็นธุระเรื่องการเดินทางไปตรวจรักษา โดยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยตรงหรือทางอ้อม อาจเป็นญาติผู้ป่วยหรือเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การช่วยเหลือจะเกิดขึ้นที่บ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัย ไม่ใช่โรงพยาบาล โดยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้าง หรือรางวัลใดๆ

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2545) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก โดยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเวช ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องนาน 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลใด

จารุวรรณ มานะสุรการ (2546) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยด้วยความรัก เพื่อผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้และมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

จินตนา จักรปิง (2552) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข อาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลานหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือคนละบ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยไม่คิดค่าตอบแทน

สุนันทา นวลเจริญ (2553) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย และอารมณ์ โดยดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจเป็นญาติ บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิด ในการดูแลอาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้

เอมิกา กลยนิ (2556) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม จำเป็นต้องดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องด้านการดูแลเฉพาะโรค

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม โดยเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติหรือบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย โดยได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งการช่วยเหลือจะเกิดขึ้นที่บ้านหรือในชุมชน

## 2.2 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 2.2.1 สภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

จากนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทที่อาการกำเริบทุเลาลง มุ่งเน้นส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวที่บ้านออกสู่ชุมชน เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการรับรู้ถึงพฤติกรรม อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

**2.2.1.1 ปัญหาด้านพฤติกรรม** พฤติกรรมและอาการไม่แน่นอนที่พบได้บ่อยสร้างความกดดันแก่ผู้ดูแล ได้แก่ การอาละวาด เอะอะโวยวาย แสดงอารมณ์ รุนแรง โกรธ เกลียด ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สินเสียหาย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547) พฤติกรรมสร้างความกดดัน เช่น ก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง สุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี และพบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด โดยใช้การเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม มีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย ขาดความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกอับอายและมีปมด้อย (ไพลิน โพธิ์สุวรรณ และคณะ, 2544) ซึ่งในช่วงแรกผู้ป่วยจะยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะไม่สนใจที่จะช่วยเหลือตนเองพยายามเรียกร้องความสนใจจากคนภายในครอบครัว มีสัมพันธภาพแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดกับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนมักมีอาการไม่หายขาด เพียงมีอาการทุเลาแต่ยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ ดังนั้นเมื่อถูกกดดันจึงมักมีอาการกำเริบได้ง่าย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

**2.2.1.2 ปัญหาด้านการรับประทานยา** เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชต้องได้รับการรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจเบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วยและการรับประทานยา พบว่า สาเหตุของการกำเริบซ้ำมาจากการที่ผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หยุดรับประทานยาเอง หรือมีการปรับขนาดยาเอง ใช้ยาในเวลาที่ไมเหมาะสมหรือใช้ยาผิดวิธี (เพชร คันธสายบัว, 2544) สอดคล้องกับ เวนิช บุราชรินทร์ (2554) ที่พบว่า

ปัจจัยทางพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และพบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ครอบครัว (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

**2.2.1.3 ปัญหาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** พบว่า ผู้ป่วยมักมีอาการแยกตัว ไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ หรือผู้ดูแลมีท่าทางที่ไม่ไว้วางใจผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์เฉพาะกับคนในครอบครัวหรือผู้ที่สนิทด้วยเท่านั้น (มัลลิกา สิงห์สุริยะ, 2547) จากความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการพูดคุยสื่อสารและสัมพันธภาพ ขาดอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ อาจถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว และไม่เชื่อว่าผู้ป่วยทำประโยชน์ได้ (สัมพันธ์ มณีรัตน์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2547)

**2.2.1.4 ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้** พบว่า จากสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้อื่นที่ไม่ดีนั้น ทำให้เกิดความไม่สบายใจในการทำงานร่วมกับผู้อื่น และหากมีอาการกำเริบผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้ (จิตรารัตน์ พิมพิตติ, 2547) จากความเรื้อรังของโรคทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยที่จะใช้ชีวิตปกติ ไม่มีงานทำต้องพึ่งพาผู้อื่น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) และพบว่าความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545)

**2.2.1.5 ปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย** เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปสู่ครอบครัวที่บ้านมักพบว่า ญาติขาดการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ทำให้ต้องอยู่ลำพังโดยไม่มีคนคอยดูแลเรื่องรับประทานยา เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อาการกำเริบทุเลาลงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ที่ดำเนินชีวิตในครอบครัวอาศัยในชุมชน ส่วนใหญ่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ มักมีสภาพปัญหาทั้งด้านพฤติกรรมอาการจากความเจ็บป่วย การรับประทานยาไม่ตรงตามเกณฑ์รักษา การพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ด้านการประกอบอาชีพและรายได้ รวมถึงปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยขาดการเอาใจใส่จากญาติ ซึ่งสภาพปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทอาจทำให้อาการแย่งเกิดการป่วยซ้ำ และยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเนื่องจากมีความคาดหวังในตัวผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับสภาพปัญหาได้ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

## 2.2.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Department of social change and Mental Health แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน (WHO, 2000 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) คือ



**2.2.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย (Physiological problem)** พบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลายาวนานโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ตลอดทั้งวัน ทำให้การดูแลตนเองและการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท การดูแลสมาชิกในครอบครัวท่านอื่นควบคู่กับการหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัวอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้มีอาการด้านร่างกายเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารน้อย คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้ากับการดูแล (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) บางรายอาจมีภาวะความดันโลหิตสูง (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552)

**2.2.2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological Problem)** พบว่า จากการเผชิญกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่แน่นอน ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้

1. อารมณ์เศร้า (sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลที่รัก ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียของตนเปลี่ยนไปจากเดิม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ และรู้สึกไม่มีแรง ซึ่งหากผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาเป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตได้ (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ความรู้สึกโศกเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Baker, 1989)

2. ความรู้สึกผิด (guite) เมื่อผู้ดูแลทะเลาะหรือโกรธผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง ในรายที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้ผู้ดูแลมีความกังวลในเรื่องของความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยเอง บุคคลในครอบครัวและในชุมชน จึงจำเป็นที่จะต้องขังผู้ป่วยจิตเภทไว้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผิดคับข้องใจที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย หากผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญปัญหานี้ได้ อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

3. ความโกรธ (anger) ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกโกรธผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต หรือรู้สึกโกรธเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้

4. ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกเป็นตราบาป และอับอายเนื่องจากมีญาติเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต (Ip & Mackenzie, 1998)

5. ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) เนื่องจากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัว ทำให้ไม่มีเวลาไปร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วม

ประเพณีต่างๆ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับชุมชนลดลง เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน (2545)

### 2.2.2.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (Socio-economic problem)

1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลที่ต้องเปลี่ยนหรือปรับลักษณะตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

2. รายได้ลดลง (Lower income) เนื่องจากการปรับงานหรือลาออกจากงาน ทำให้ผู้ดูแลย่อมมีการสูญเสียรายได้ หรืออาจมีค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งการมีผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น แต่รายได้ของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวลดลง (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน (2545)

3. ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลที่ขาดการจัดการที่ดี อาจก่อให้เกิดปัญหาภายในครอบครัว มีการผลัดภาระค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะต้องเผชิญปัญหาหลายด้านในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลโดยตรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งผลกระทบดังกล่าวจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมปรับตัวกับสถานการณ์ได้ จะทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดี ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง และลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

### 3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยจิตเภทที่อาการกำเริบทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับสู่ชุมชน ซึ่งผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านมักมีอาการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว สังคมและชุมชน ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนควรมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีสุขภาพจิตและดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

### 3.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้การช่วยเหลือผู้ใช้บริการครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือเรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม บุคลากรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพมีหน้าที่ให้การพยาบาลดูแลเพื่อบำบัดอาการของผู้ป่วย ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทในการให้การช่วยเหลือ เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งที่พยาบาลควรคำนึงได้แก่

1. ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
2. ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยคำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ครอบครัว และการดำเนินการด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนร่วมด้วย
3. ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะการเจ็บป่วย โดยการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) การช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษาอาการ การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นการฟื้นหาย (Recover or healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

### 3.2 หลักการพยาบาลทั่วไป

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีความตรงไปตรงมาและสิ่งสำคัญเนื้อหาการให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ซึ่งอาจทำให้ตีความหมายผิดไป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะครอบคลุมการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจอารมณ์และด้านสังคม (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547) ประกอบด้วย

1. การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นโดยการส่งเสริมความสะอาดและสุขอนามัยทั่วไปให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบกพร่องด้านการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกายด้านสุขอนามัยตนเอง
2. การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติ คือ การหาความหมายของความคิด ในการสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลได้ทราบถึงความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก อาจจะทำให้พยาบาลได้ทราบความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้ และสุดท้ายคือการให้ข้อมูลที่แท้จริงแก่ผู้ป่วยและมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (reinforcing reality)

3. การพยาบาลด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัด คือ อารมณ์ราบเรียบ ไม่สบตา ยิ้มโดยไม่มีสาเหตุ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อความผิดปกติเหล่านี้ รวมถึงควรมีการเสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

4. การพยาบาลด้านสังคม พยาบาลควรมีการประเมินความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ และควรมีการเสริมสร้างทักษะทางสังคมที่เหลืออยู่ การส่งเสริมการดูแลด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องตามความเหมาะสมด้วยหลักการเรียนรู้

### 3.3 การใช้กระบวนการพยาบาล

การใช้กระบวนการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการของผู้ป่วย จะเริ่มประเมินจากความคิด การรับรู้และพฤติกรรมทั่วไปของผู้ป่วย และอาการที่ผิดปกติที่เป็นสาเหตุที่นำส่งโรงพยาบาล โดยประกอบด้วย

1.1 การประเมินสุขภาพร่างกาย โดยประเมินการแต่งกาย ความสะอาดของร่างกาย และเสื้อผ้า ด้านสุขอนามัย การได้รับสารอาหาร การนอนหลับพักผ่อน และนอกจากนี้ควรมีการประเมินภาวะน้ำเป็นพิษ (water intoxication) ด้วย โดยการใช้การสังเกตและสัมภาษณ์

1.2 การประเมินด้านความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะหลงผิดหรือไม่และมีการรับรู้ การตอบสนองเป็นอย่างไร ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนหรือไม่

1.3 การประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยเช่น การหนีผู้คน การหลบซ่อนตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมทำตามสั่งอย่างอัตโนมัติ พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจก่อความรำคาญหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ หรือพฤติกรรมจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ

1.4 การประเมินด้านสัมพันธภาพ พยาบาลควรมีการประเมินด้านการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างราบรื่น และควรมีการประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่อาจพบได้ในผู้ป่วย เพื่อที่จะหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

2. การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการวางแผนทางการวางแผนทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปแล้วการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะต้องมีและสอดคล้องกันกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทจากการประเมินสภาพผู้ป่วยในขั้นตอนแรก

3. การวางแผนการพยาบาล จะประกอบด้วยการวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและการวางแผนทางการพยาบาลระยะยาว และควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดูแล ลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้

### 3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงแรกขณะมีอาการ

- การดูแลความปลอดภัย โดยระมัดระวังพฤติกรรมกรรมการทำร้ายตนเองและผู้อื่น  
อุบัติเหตุจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน

- การดูแลด้านร่างกาย ให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ การพักผ่อนเพียงพอ

- การดูแลให้ได้รับยา อย่างถูกต้องปลอดภัย สังเกตอาการข้างเคียง

### 3.2 การวางแผนระยะยาว เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเป้าหมายและการ

ดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

- การดูแลด้านสุขภาพ และการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้ายา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

- การบำบัดวิธีต่างๆ กิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว

- การวางแผนชีวิตในครอบครัวและสังคม

- การใช้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิต

4. การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้และเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นในชุมชนที่อาศัยอยู่ การปฏิบัติการพยาบาลจะปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลต่างๆ ดังนี้

4.1 สร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดให้เกิดความไว้วางใจ

4.2 ส่งเสริม เสนอแนะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4.3 การดูแลให้ได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสม

4.4 การใช้กิจกรรมในการบำบัด

4.5 ระมัดระวังอันตรายต่อผู้ป่วย และผู้อื่น

5. การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหานั้นๆ ได้รับการแก้ไขแล้ว และปัญหาใดที่ยังคงอยู่

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลต้องเน้นในเรื่องการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ในครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจและด้านสังคม โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

### 3.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยนอก (Out-Patient-Department : OPD) คือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสามารถกลับบ้านได้เลยในวันที่เข้ารับการรักษา โดยหลังได้รับการบริการตรวจรักษาแล้วสามารถกลับไปรับประทานยา และปฏิบัติตัวตามที่แพทย์ พยาบาลแนะนำที่บ้านได้

การพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยต้องอาศัยความร่วมมือจาก ทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องกับสถานบริการที่ใกล้บ้าน เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการดูแล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตาม ศักยภาพ และดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้อย่างได้มีความสุข การพยาบาลโดยยึดหลัก 4 มิติ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น เป็นกระบวนการเพิ่ม ศักยภาพในการทำกิจกรรมของบุคคล โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สุขภาพจิตที่ดีมีพื้นฐานมาจากสุขภาพแข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่น มีพื้นฐานทางจิตใจที่แข็งแรง ซึ่งคุณสมบัตินี้จะสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมี การเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม แนวทางการปฏิบัติพยาบาล เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพจิต การดำเนินชีวิต

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นได้จากความคับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวล แนวทางปฏิบัติพยาบาล เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ป่วย การเผชิญ ความเครียดอย่างเหมาะสม การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การให้ ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภท การดำเนินโรคและการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท

3. การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการพยาบาลควรมีการบำบัดรักษาเพื่อให้ไม่มีอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทหรือบำบัดให้เกิดการ หายจากโรค แนวทางการปฏิบัติพยาบาล เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การ บำบัดรักษาทางยา การใช้กลุ่มบำบัด

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีการขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าร่วมสังคม แนวทางการปฏิบัติพยาบาล เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด

โดยบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยนอก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) มีดังต่อไปนี้

ก. ด้านการปฏิบัติพยาบาลโดยตรง การประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบ แพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลช่วยเหลือด้านคลินิก การ จัดระบบบริการที่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประสานงานทีมสหวิชาชีพบุคคลากร ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อร่วมวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยตามสถานการณ์

ข. ด้านบริหารจัดการ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เสนอแนะแนวทาง ปรับปรุงบริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท เป็นตัวแทนประสานงานหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการบริการอย่างครบถ้วน

ค. ด้านการให้ความรู้ ทำหน้าที่ด้านการสอน ให้คำแนะนำ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้าน การใช้ชีวิต การปรับตัว การพัฒนาทักษะด้านสังคมเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองและช่วยเหลือครอบครัว

ง. ด้านการเป็นที่ปรึกษา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต

จ. ด้านการวิจัย พยาบาลติดตามงานวิจัยใหม่ๆ เพื่อปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำวิจัยใหม่มาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ฉ. จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มกิจกรรมในชุมชน

ช. บทบาทของผู้บำบัด อาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม รวมถึงพฤติกรรมบำบัดเพื่อพัฒนาความเข้าใจในครอบครัว

### 3.5 แนวทางการพยาบาลเพื่อการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับบทบาทที่มสุขภาพจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่อาการกำเริบทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับสู่ชุมชน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่กับครอบครัวร้อยละ 85 (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545) และเมื่อกลับไปอยู่กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ดูแลคอยให้การช่วยเหลือในทุกด้าน แนวทางการพยาบาลเพื่อการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

1) การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมในชุมชน ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล สิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาหรือปฏิบัติการพยาบาลตามหลักจริยธรรมในวิชาชีพ สังคม วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

การพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการประเมินความเป็นอยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามสภาพปัญหา วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การให้ความรู้การจัดสิ่งแวดล้อมและวิธีผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแล การนัดหมายและมาก่อนนัดเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต

2) การส่งเสริมชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ตัดสินใจแก้ปัญหา และติดตามการประเมินผลงานช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนตัวผู้ป่วย มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพลดปัญหาการป่วยซ้ำ โดยจัดอบรมรวมจัดกิจกรรมในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวในชุมชน มีผลทำให้ชุมชนมีความเข้าใจเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

การพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีการส่งเสริมชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจผู้ป่วยโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ด้านจิตเวชร่วมกับหน่วยงานอื่น ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยตามสภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลายเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามสภาพปัญหาวิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การให้ความรู้การจัดสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลต้องอาศัยความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยคำนึงถึงการพยาบาลองค์รวมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ซึ่งในการพยาบาลต้องอาศัยบทบาทพยาบาลด้านต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในตนเองสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ และผู้ดูแลมีความเข้าใจในผู้ป่วยรวมถึงเข้าใจในตนเองเพื่อลดปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ สามารถเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ และลดปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยได้

#### 4. แนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

##### 4.1 ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์

การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed emotion) ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) กล่าวว่า เป็นการแสดงออกของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยภาษาพูด ท่าทาง พฤติกรรมที่สื่อถึงอารมณ์ ความรู้สึกต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion-over involvement) การแสดงความชื่นชม (Positive remarks) การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หลังใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง วัดการแสดงออกทางอารมณ์และแปรผลแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์สูง และการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ



การแสดงออกทางอารมณ์ 5 ลักษณะ (Brown et al. ,1972) ดังนี้

1) การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึง การแสดงออกที่บ่งบอกถึงการไม่ยอมรับ ไม่ชอบ ไม่พอใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

2) การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การแสดงออกโดยการตำหนิ ไม่ยอมรับในผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง การไม่ยอมรับในตัวบุคคลมากกว่าพฤติกรรม การกระทำของผู้ป่วย

3) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion-over involvement) หมายถึง การแสดงออกโดยการตำหนิ ไม่ยอมรับในผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง การไม่ยอมรับในตัวบุคคลมากกว่าพฤติกรรม การกระทำของผู้ป่วย

4) การแสดงความชื่นชม (Positive remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ ยกย่องชมเชย ขอบคุนต่อพฤติกรรมผู้ป่วย

5) การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงออกถึงความห่วงใย เข้าใจ สนใจในตัวผู้ป่วย

4.1.1 การแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed emotion) หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติ เพื่อสื่อถึงความรู้สึกทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทาง โดยเกณฑ์การพิจารณาว่าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์สูง นั้นดูจากลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านลบ องค์ประกอบ 3 ลักษณะรวมกัน (Brown et al. ,1972) ได้แก่

4.1.1.1 การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงการไม่ยอมรับ ไม่ชอบ ไม่พอใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

4.1.1.2 การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์โดยการตำหนิ ไม่ยอมรับในผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง การไม่ยอมรับในตัวบุคคลมากกว่าพฤติกรรม การกระทำของผู้ป่วย

4.1.1.3 การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion-over involvement) หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์โดยมีความห่วงใย เป็นกังวล เสียสละ เข้าไปก้าวก่ายบ่อยครั้ง เช่น การตัดสินใจหรือกระทำแทนทั้งที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้

4.1.2 การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Low expressed emotion) หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ไม่แสดงลักษณะความก้าวร้าว (Brown et al. ,1972) ทั้งนี้การคิดคะแนนระดับการแสดงออกทางอารมณ์ขึ้นอยู่กับ การใช้เครื่องมือวัดแต่ละเครื่องมือ

Brown et al. (1972) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงภายใน 9 เดือน ผู้ป่วยมีโอกาสป่วยซ้ำร้อยละ 58 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูง ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยอาจเกิดในลักษณะใดลักษณะหนึ่งก็ได้ (Sadock & Sadock, 2007)

การแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) ตามแนวคิดของ Vaughn and Left (1981) กล่าวว่า เป็นการแสดงออกที่มากกว่าปกติ เพื่อสื่อถึงความรู้สึกทัศนคติในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทาง ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion over involvement) รวมถึงการแสดงความเป็นมิตร ซึ่งได้ขยายความต่อถึงรูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน 4 ลักษณะ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1. การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพยายามก้าวล่วงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เช่น การถามซ้ำๆ เพื่อต้องการทราบเรื่องราว หรือตรวจตราสิ่งที่ต้องการให้ผู้ป่วยทำในเชิงตำหนิ
2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A highly emotional response to patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ควบคุมอารมณ์ตนเอง มีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น โกรธ เคียด ตำหนิ
3. มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดสงสัยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท หรือตำหนิในลักษณะต่างๆ เช่น สงสัยว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยจริงหรือไม่
4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอดทนต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยได้น้อย รวมถึงคาดหวังเกินความเป็นจริงต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเมื่อเทียบกับคนทั่วไป

จากการศึกษาแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำเป็นลักษณะที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์สูงเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติ คือมีการวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป รวมถึงการแสดงความเป็นมิตรและขยายความต่อใน 4 ลักษณะ โดยพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการกำเริบซ้ำได้ ซึ่งพยาบาลควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวสามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้ และมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

## 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์

การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องหลายปัจจัยทั้งด้านผู้ป่วยจิตเภท และด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ดังนี้

### 4.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

4.2.1.1 ความรุนแรงของอาการทางจิต พบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิตเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะมารดาที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ (King et al., 2003)

### 4.2.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

4.2.2.1 ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ผู้ดูแลจะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Leff et al., 1987) และสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับระดับการแสดงออกทางอารมณ์ (ภรดี ไชยสิน, 2545)

4.2.2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดปัญหาที่จะเกิดขึ้น (ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความเครียดกับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Hall & Docherty, 2000)

4.2.2.3 การรับรู้ความรุนแรงทางจิต มีการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับอาการ ความรุนแรงทางจิตของผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2552)

4.2.2.4 ความทุกข์ทรมาน เป็นความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ ไม่สุขสบายทางจิตใจอื่นๆ ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย

4.2.2.5 ระยะเวลาการเผชิญหน้า หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ร่วมกัน มีกิจกรรมร่วมกันในแต่ละวัน โดยคิดรวมกันในหนึ่งสัปดาห์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ น้อยกว่า 35 ชั่วโมง และมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันในแต่ละวันส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดง รวมถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่า การเผชิญหน้ามากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงโดยเฉพาะการผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Boye et al., 1999)

4.2.2.6 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูง ทำให้ไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระในการดูแล ส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงด้วยเช่นกัน (วันดี โตสุขศรี, 2539)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสังเกตเห็นถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเนื่องจากเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหา โดยใช้กระบวนการวิธีอย่างเหมาะสมเพื่อเผชิญกับภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งเมื่อมีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลได้ ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดปัญหาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

#### 4.3 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบวิธีการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้

Camberwell Family Interview (CFI) เป็นการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi structure interview) ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ถูกสร้างโดย Brown et al. (1972) เป็นเครื่องมือที่เป็นต้นฉบับที่มีการพัฒนายาวนานต่อเนื่อง เป็นการวัดโดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก (Key relatives) และระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทปไว้ทุกราย ในการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที หากผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือจะตัดออกจากการวิจัยในการสัมภาษณ์ต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะถอดเทปและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด การให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับหมวดต่างๆ ตามการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งหมด 5 ลักษณะ ดังนี้

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) มีการแสดงออกทางอารมณ์ว่าไม่ยอมรับ ไม่ชอบ ไม่พอใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การแสดงสีหน้า น้ำเสียงไม่พอใจ
2. การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) มีการแสดงออกทางอารมณ์ว่ากล่าว ตำหนิติเตียนพฤติกรรมผู้ป่วย ไม่ยอมรับ ไม่เคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง
3. การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion-over involvement) มีการแสดงออกทางอารมณ์วิตกกังวล เสียสละ เอาใจใส่ผู้ป่วยมากจนเกินไป
4. การแสดงความห่วงใย (Warmth) มีการแสดงออกทางอารมณ์ห่วงใย เข้าใจผู้ป่วย
5. การแสดงความพอใจ (Positive remarks) มีการแสดงออกทางอารมณ์ว่าเห็นชอบพอใจ ยกย่อง ชมเชย

โดยหลังจากแปรผลการให้คะแนนจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed emotion) และกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Low Expressed emotion) โดยลักษณะที่สำคัญใช้ในการประเมิน ได้แก่ Critical comment, Hostility, Emotion-over involvement ซึ่งเป็นลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เกณฑ์ในการพิจารณาว่าครอบครัวใดมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ดูจากองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบรวมกัน

1. คะแนน Critical comment คือ พบลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ 6 หรือมากกว่า 6 คะแนนร่วมกับ
2. คะแนน Hostility คือ พบลักษณะการแสดงความเป็นมิตร ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปร่วมกับ
3. คะแนน Emotion-over involvement คือ พบลักษณะการแสดงความรู้สึกพัวพันทางอารมณ์ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป

ส่วนกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ คือ กลุ่มที่ได้คะแนน Critical comment, Hostility, Emotion-over involvement รวมกันแล้วต่ำกว่า 10 คะแนน โดยไม่คำนึงว่าจะมีการแสดงออก Warmth หรือ Positive remarks มากน้อยเพียงใด

Five Minute Speech Sample (FMSS) เป็นการสัมภาษณ์โดยการให้ผู้ดูแลพูดถึงผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ในเวลา 5 นาที และมีการบันทึกเทปไว้เพื่อวิเคราะห์แปรผล ภายหลังการสัมภาษณ์ เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ประหยัดด้านค่าใช้จ่าย เนื่องจากใช้เวลาในการประเมินน้อย แต่เครื่องมือนี้ยังไม่มีรายงานว่ามีความตรงเชิงพยากรณ์

The Level of Expressed Emotion (LEE) เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างโดย Cold and Kazarian (1988) จากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Vaughn and Leff (1981) ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะ ได้แก่ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และความอดทนต่อร่วมกับความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท ตอบ 1 คำตอบคือ ใช่หรือไม่ใช่ ข้อคำถามลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะ ลักษณะละ 15 ข้อ รวม 60 ข้อ ประเมินให้ค่าคะแนนมากกว่า 8 คะแนน นั่นคือผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง พบว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ Cold and Kazarian (1988) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .95 ความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 การใช้เครื่องมือในแถบเอเชียพบว่า Chien and Chan (2009) นำเครื่องมือมาพัฒนา วัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน (Chinese Version of The Level of Expressed Emotion Scale) พบมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 ความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93 ขณะเดียวกันในประเทศไทยพบว่า ชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค (2555) นำเครื่องมือมาใช้โดยแปลเป็นภาษาไทย ด้วยวิธี Back Translation ผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา โดยมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .92 และตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา เท่ากับ .86 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการนำมาใช้

ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) สร้างแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ และใช้การสังเกตร่วม

ภรดี ไชยสิน (2545) พัฒนาเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ พัฒนาจาก ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) โดยครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ซึ่งเป็นลักษณะของการแสดงออกทางอารมณ์สูง

Sunpaveerawong (2006) สร้างแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) โดยศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ป่วยจิตเภท 10 ราย ใช้วิธีบันทึกเทปและถอดคำพูดคำต่อคำ นำมาวิเคราะห์ข้อมูล สร้างแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความชื่นชม การควบคุมทางอารมณ์ และความเห็นห่างทางอารมณ์

ดังนั้นสรุปได้ว่า เครื่องมือที่นำมาประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือ The Level of Expressed Emotion (LEE) เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท สร้างโดย Cold and Kazarian (1988) จากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Vaughn and Leff (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดยชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค (2555) ศึกษาได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .92 และค่าความเที่ยงของเนื้อหาเท่ากับ .86 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสม โดยค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือนี้สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่าข้อมูลที่ประเมินโดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## 5. แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียด

### 5.1 ความหมายความเครียดและการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด ดังนี้ ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า เป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมอย่างคงที่เพื่อจัดการกับความต้องการทั้งภายนอกและภายในเฉพาะอย่างที่ถูกประเมินว่ามีมากกว่าทรัพยากรบุคคล

ยาเกอร์ (Yager, 1989) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการใช้ความพยายามทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินไปแหล่งประโยชน์ธรรมชาติของบุคคล ในการเผชิญความเครียดต้องมีการตัดสินใจ ประเมินเหตุการณ์ วางแผนที่จะมีการกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินสิ่งที่ทำไป การเผชิญความเครียดจะสำเร็จได้ บุคคลต้องมีความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ในการที่จะรับรู้ จำแนกวางแผนและตัดสินใจได้

เอ้ออารีย์ สาริกา (2543) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดหมายถึง กระบวนการซึ่งแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมต่างๆทั้งในด้านความคิด การกระทำของบุคคล โดยการหาวิธีการต่างๆ รวมทั้งมีแหล่งการใช้กระบวนการทางจิตใจในการที่จะพยายามควบคุม หรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อลดความกดดันทางจิตใจและอารมณ์ เพื่อให้จิตใจกลับสู่ภาวะปกติ

ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) กล่าวว่า กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำของบุคคล โดยวิธีการต่างๆที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามแสดงออกทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อลดภาวะที่คุกคามจิตใจ และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกัน

## 5.2 แนวคิดการเผชิญความเครียด

Lazarus & Folkman, 1984 กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก อันเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive process of appraisal) ในการประเมินสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินขั้นที่หนึ่ง (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินความสำคัญและความหมายของสถานการณ์ว่ามีผลกระทบต่อตนเพียงใด ใน 3 ลักษณะ คือ
  - 1.1 ไม่เกี่ยวข้องกับตน (irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นๆไม่มีผลต่อความผาสุก ไม่มีผลดีหรือผลเสียอะไรกับตน จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้
  - 1.2 มีผลในทางที่ดีกับตน (benign positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นๆทำให้เกิดความผาสุกของตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกปิติยินดี มีความสุข เบิกบานใจหรือรู้สึกสงบ จึงไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับแก้
  - 1.3 เป็นภาวะเครียด (stress) คือการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นๆบุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และส่งผลกระทบต่อตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง 3 ลักษณะ คือ

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

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

1.3.3 เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) คือ การที่บุคคลประเมินว่า สถานการณ์นั้นๆ อาจจะเป็นอันตรายแต่คาดการณ์ว่าตนจะสามารถควบคุมได้ เป็นความเครียดที่เป็นเพียงความยุ่งยากใจที่ไม่เกินความสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้ เป็นความเครียดที่เป็นเพียงความยุ่งยากใจที่ไม่เกินความสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะเอาชนะได้ บุคคลจึงมีความกระตือรือร้น ตื่นเต้นและมีแรงจูงใจที่จะสู้

2. การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์ ความพร้อมหรือศักยภาพของตน และทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการคาดหวังถึงผลที่จะเกิดตามมาจากการใช้วิธีการปรับแก้ต่างๆ การประเมินขั้นที่สองนี้ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินขั้นต้นอาจเกิดพร้อมๆกันได้

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) การประเมินอีกลักษณะหนึ่งซึ่งอาจจะต่อเนื่องจากการประเมินขั้นต้นหรือการประเมินขั้นที่สอง เรียกว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้ข้อมูลเข้ามาใหม่จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมและเป็นการติดตามประเมินผลวิธีการปรับแก้ที่ใช้ไปแล้ว หากวิธีการปรับแก้ที่ใช้ไปนั้นไม่สำเร็จ ดังนั้นจึงสามารถใช้เป็นจุดให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีความเครียดสูง อันเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ดังกล่าวซ้ำอีกครั้งหนึ่ง จะช่วยให้ความเครียดลดลงได้

สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์เพื่อจัดการกับความเครียด โดยใช้กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน

CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รูปแบบการเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลมีการประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีต่างๆเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและแสดงออกทางความรู้สึก หรือการกระทำในลักษณะต่างๆเรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ตึงเครียด การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้เป็นกรกระทำที่มุ่งแก้การปัญหา โดยใช้สติปัญญา ความรู้ การหาข้อมูลเพิ่มเติม การเพิ่มทักษะความสามารถของตนเอง



2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับกับอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้กันมากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ โดยพยายามแก้ไขอารมณ์ต่างๆ เพื่อลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ตึงเครียดนั้นและรักษาภาวะสมดุลภายในจิตใจไว้เท่านั้น แต่ไม่ใช่การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง

### 5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจ แต่แต่ละบุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984)

5.3.1 ภาวะสุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) การที่บุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีพลังงานในร่างกายอย่างเพียงพอเป็นพื้นฐานในการเผชิญปัญหาได้อย่างเต็มความสามารถที่มีอยู่ ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่มีภาวะร่างกายอ่อนแอ

5.3.2 ความเชื่อในทางที่ดี (Positive beliefs) ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินค่าสถานการณ์ ถ้าบุคคลเชื่อในความยุติธรรมและคิดในทางบวก จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีความหวัง และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3.3 ทักษะในการแก้ไขปัญหา (Problem solving skills) เป็นความสามารถของบุคคลในการหาข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัญหา โดยการแยกปัญหาจากการคิดวิเคราะห์ตามการรับรู้ และหาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา เตรียมการเผชิญปัญหากับสถานการณ์โดยมีการวางแผนล่วงหน้าที่จะกระทำ ซึ่งทักษะนี้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการเผชิญความเครียด

5.3.4 ทักษะด้านสังคม (Social skills) เป็นความสามารถในการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้คุณมีการปรับตัว โดยมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นที่มีสัมพันธภาพที่ดี ช่วยให้สามารถหาทางแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้อื่นได้ โดยขอความร่วมมือจากบุคคลอื่นได้ง่ายขึ้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทักษะนี้จะเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการสื่อสารของแต่ละบุคคลได้

5.3.5 แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นบุคคลหรือสังคมนรอบข้างที่ให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจยอมรับฟังความรู้สึก หรือการได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญความเครียด การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือดังกล่าวทำให้บุคคลมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งผลให้บุคคลมีการเผชิญความเครียดได้ดียิ่งขึ้น

5.3.6 แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ (Material Resource) การที่บุคคลมีเงิน สิ่งของ อุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวกที่สามารถหาซื้อได้ พบว่าบุคคลหรือ

ครอบครัวที่มีทรัพยากรด้านการเงินสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้มากกว่าบุคคลที่ขาดปัจจัยด้านนี้

สรุปได้ว่า บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยภาวะสุขภาพและพลังงาน ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ไขปัญหา ทักษะด้านสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ

#### 5.4 วิธีการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการซึ่งอยู่ในบริบทของสถานการณ์ แต่ละบุคคลจะประเมินว่าเป็นสถานการณ์เป็นความเครียดหรือไม่ ซึ่งในการประเมินมักจะมีการใช้การเผชิญความเครียดเริ่มต้นจากการใช้อารมณ์ โดยแสดงออกมาเป็นอารมณ์ด้านลบ ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อตนเองและอาจมีผลถึงรูปแบบในการเผชิญความเครียดได้ (Folkman & Judith, 2004) ดังนั้นจึงควรมีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อบุคคลได้กระทำดังนี้ สามารถเก็บความเศร้าโศกเสียใจให้อยู่ในระดับที่จัดการได้ ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจ มีการมองในด้านบวกหรือมีความรู้สึกที่ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนที่มีความสำคัญในชีวิตตนเองและคงรักษาสัมพันธภาพที่ดีได้ เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ) (Miller, 1992 อ้างถึงใน, 2555:รัตนนา พันจยุ, 2555)

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปจะใช้ประสบการณ์ในการประเมินสถานการณ์เพื่อประเมินว่าเป็นความเครียดหรือไม่ หากประเมินว่าเป็นสถานการณ์ความเครียดมักมีการใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์เพื่อเป็นการปรับให้รู้สึกสบายใจขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้ปัญหาหมดไปหรือเป็นการแก้ไขปัญหาเนื่องจากปัญหายังคงอยู่ ซึ่งการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพควรมีการใช้กระบวนการวิธีเพื่อหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาพบว่า การเผชิญกับอาการของผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลเครียดกับการเปลี่ยนแปลง โดยผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Hall&Docherty, 2000) เห็นได้ว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นงานวิจัยนี้นำทักษะการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมาจัดกระทำต่อการแสดงออกทางอารมณ์ เพื่อเพิ่มทักษะการเผชิญความเครียดลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

สรุปได้ว่า วิธีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่ผ่านการกระบวนการหาสาเหตุของปัญหาและแก้ไขปัญหาเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อให้ปัญหาลดลง ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากมีการ

เผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

## 6. โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

### 6.1 แนวคิด

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก อันเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive process of appraisal) ในการประเมินสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม บุคคลต้องประเมิน โดยผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล เพื่อให้ความเครียดลดลง มี 3 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินขั้นแรก เป็นการประเมินว่าสถานการณ์ใดไม่เกี่ยวข้องกับตน มีผลดีผลเสียกับตน เป็นสิ่งคุกคามอันตรายหรือไม่ หากประเมินว่ามีผลเสียหมายถึงสถานการณ์นั้นเป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้น
2. การประเมินขั้นที่สอง เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์และคาดหวังผลที่จะเกิดในการแก้ไขปัญหา
3. การประเมินซ้ำ เป็นการประเมินสถานการณ์เดิม ว่ายังมีภาวะเครียดอีกหรือไม่หลังจากได้รับข้อมูลใหม่ ซึ่งเป็นการประเมินในขั้นแรกอีกครั้งหนึ่ง โดยพิจารณาใช้การเผชิญเครียด 2 รูปแบบ คือ 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นการใช้วิธีแก้ไขปัญหาโดยเรียนรู้ใช้ทักษะสติปัญญามุ่งปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรง ซึ่งจะช่วยลดความเครียดอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์ เป็นการแก้ไขอารมณ์เพื่อรักษาสมดุล แต่ไม่ได้เป็นการจัดการกับปัญหาให้หมดไปได้ ที่ผ่านมามีการใช้การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดในโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงขึ้น (อภิชา แซ่ม้อย, 2550) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้น (มัลลิกา จันทร์เพ็ญ, 2557) ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลได้

### 6.2 การเรียนรู้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978)

Marram (1978) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดกระบวนการและเอื้ออำนวยให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นและเปลี่ยนแปลงการกระทำกันเอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ มีความกล้าในการเสนอแนะ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้ไปในทางที่ดี โดยทุกคนต้องยอมรับ ให้เกียรติ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มมีกำลังใจ

ลักษณะของกลุ่มควรเป็นลักษณะกลุ่มปิด ที่มีสมาชิกกลุ่มเดียวกันตลอดตั้งแต่เปิดกลุ่มจนปิดกลุ่ม เพื่อให้เกิดการพัฒนาและการแก้ไขปัญหาภายในกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จำนวนสมาชิกในกลุ่มไม่มากหรือน้อยจนเกินไปเพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัด ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในแต่ละครั้งในการทำกลุ่มบำบัดคือ 8-12 คน ระยะเวลาในการทำกลุ่มมีความหลากหลายในเรื่องระยะเวลา ความถี่ที่ใช้ในการจัดกลุ่มควรอยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มช่วง 6-8 ครั้ง

การดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The Introductory Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกับสมาชิกในกลุ่มเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน รวมถึงสมาชิกในกลุ่มมีสัมพันธภาพต่อกันเอง ผู้นำกลุ่มเป็นผู้สร้างบรรยากาศต่อความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิกด้วยการแสดงสีหน้า ท่าทีอบอุ่น เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกเปิดเผยระบายความรู้สึกและประสบการณ์ของตน มีความมั่นใจในการให้ข้อมูลและยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่น ผู้นำให้ข้อมูลบอกจุดหมายแนวทางปฏิบัติของสมาชิก ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนระหว่างกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) ระยะนี้สมาชิกในกลุ่มจะมีความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้นำและสมาชิกในกลุ่ม เริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (cohesiveness) ทำให้มีการระบายความรู้สึกเปิดเผยตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันมากขึ้น ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา โดยมุ่งความสนใจที่ปัญหานั้น มองหาแนวทางแก้ปัญหา โดยมีสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน จึงทำให้เกิดการเรียนรู้แบบใหม่ที่นำมาใช้ปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ยังช่วยให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังสมาชิกอื่นในกลุ่มที่ทำกิจกรรมร่วมกันด้วย

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปผลของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าความสำเร็จของกลุ่ม หรืออาจจะประเมินจากเกณฑ์ที่ผู้นำได้ตั้งไว้เป็นการเฉพาะ เช่น สมาชิกรู้ว่าตนเองสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและจัดการได้ด้วยตนเองหรือไม่ ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้สมาชิกในกลุ่มเห็นถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับ

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการเผชิญความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงนำแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) มาใช้พัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) จัดกระทำต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

โดยมุ่งหวังว่าการใช้โปรแกรมดังกล่าวจะทำให้เพิ่มทักษะการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลและลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

### 6.3 ขั้นตอนดำเนินการ

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มขึ้น โดยใช้แนวคิด Lazarus & Folkman (1984) เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ซึ่งโปรแกรมจะจัดกิจกรรมในรูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) เพื่อให้ผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนร่วมทำกิจกรรมกัน ซึ่งเป็นการแสดงถึงความพร้อมในการเรียนรู้ทักษะการเผชิญความเครียดร่วมกัน ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม 3 ขั้นตอนตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล ดำเนินการในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน 2 กลุ่ม ดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง (จำนวน 6 กิจกรรม) สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินขั้นแรก (primary appraisal) ประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ข้อปฏิบัติ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำตัว พูดคุยถึงชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไป สมาชิกกลุ่มร่วมทักทาย มีสัมพันธภาพร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายการทำกิจกรรม รูปแบบกิจกรรม ข้อปฏิบัติในการทำกิจกรรม แจ้งเวลาสถานที่ในการเข้าร่วม ประโยชน์หลังจากทำกิจกรรม ให้ความรู้ในกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอนตามแนวคิด Lazarus & Folkman (1984) ได้แก่ การประเมินขั้นที่หนึ่ง การประเมินขั้นที่สอง และการประเมินซ้ำ ร่วมกับการเรียนรู้การประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกัน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจกระบวนการประเมินทางความคิดจากความรู้ที่ได้รับ และประเมินจากสถานการณ์ที่ผ่านมาให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สรุปความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน สรุปความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอนตามแนวคิด Lazarus & Folkman (1984)

## กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความเครียดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองเมื่อมีสถานการณ์ความเครียดและผลกระทบ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ทักทาย สอบถามการเดินทางมาในวันนี้ สมาชิกมีสัมพันธภาพพูดคุยร่วมกับผู้วิจัย

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าเป็นความเครียด โดยพิจารณาตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm or loss) ซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน หรือเป็นสิ่งที่คุกคาม (Threat) ซึ่งคาดการณ์ว่าตนเองจะได้รับอันตรายหรือจะต้องสูญเสีย ทำให้รู้สึกในทางลบ อาจทำให้เกิดความยุ่งยากตามมาในภายหลัง หรือเป็นความท้าทาย (Challenge) โดยประเมินว่าสถานการณ์อาจเป็นอันตราย เกิดความยุ่งยากใจแต่สามารถควบคุมได้โดยไม่เกินความสามารถ ทำให้กระตือรือร้นที่จะสู้ ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อสถานการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลอย่างไร ทั้งน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม สรุปสถานการณ์ความเครียด ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมแนะนำคู่มือการเผชิญความเครียดในผู้ดูแล

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปการประเมินความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ความเครียด เปิดโอกาสสอบถามข้อสงสัย แจ้งวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### ขั้นตอนที่ 2 การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) ประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์

## กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้โรคจิตเภท ความรุนแรงและทักษะการดูแล

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินแหล่งประโยชน์และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา

3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการเบื้องต้น

4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยชักทายสมาชิกถึงความเป็นอยู่ สภาพอากาศทั่วไป สมาชิกชักทายร่วมกันภายในกลุ่ม

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มเกี่ยวกับการประเมินแหล่งประโยชน์ในสังคมหรือทางเลือกที่สามารถกระทำได้ สอบถามข้อสงสัยผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย พร้อมให้ความรู้โรคจิตเภท อาการ ความรุนแรงและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยถ่ายทอดความรู้ร่วมกับใช้สื่อวีดิโอในการให้ความรู้ ซึ่งกิจกรรมสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท เป็นการเตรียมความพร้อมในทักษะการเผชิญความเครียด ส่งเสริมความสามารถในการดูแล ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปการประเมินแหล่งประโยชน์ และประเมินความรู้จากกิจกรรมและการนำไปใช้

#### กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยชักทายสมาชิก สมาชิกกลุ่มร่วมชักทายกัน

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์การเผชิญความเครียด โดยแจกแบบประเมินเพื่อทบทวนการเผชิญความเครียดจากการดูแลที่ผ่านมา สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน หลังจากนั้นให้ความรู้การเผชิญความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์ (Emotion focused coping) โดยประเมินรูปแบบการเผชิญความเครียดที่ใช้เป็นส่วนใหญ่ ประเมินผลดีผลเสียจากการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ ร่วมแสดงความคิดเห็นค้นหาการแก้ไข สามารถช่วยให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการอย่างเหมาะสมในการเผชิญปัญหา มุ่งเน้นส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ยกสถานการณ์ตัวอย่าง ให้สมาชิกแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน เลือกวิธีการแก้ไขตามความเหมาะสม เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์และวางแผนการจัดการ ซึ่งจะช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด ประโยชน์จากการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

## กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยทักทายสร้างสัมพันธภาพ สมาชิกมีสัมพันธภาพระหว่างกันในกลุ่ม

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลพูดคุยถึงการแสดงออกทางอารมณ์ในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทาง ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลร่วมแสดงบทบาทสมมติกับผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถานการณ์ตัวอย่าง ทำให้เห็นถึงการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารระหว่างกัน สมาชิก ร่วมแสดงความคิดเห็นผลลัพธ์ที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการสื่อสารทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เปรียบเทียบการสื่อสารทางลบที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ให้ความรู้การ แสดงออกทางอารมณ์สูง ผลกระทบและการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม ส่งเสริมทักษะและ สาธิตเทคนิคการจัดการอารมณ์ด้วยการผ่อนคลายความเครียด โดยใช้สื่อ CD การผ่อนคลาย ความเครียดด้วยวิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ ส่งเสริมการเผชิญความเครียด ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ทำให้มีการแสดงออก ทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปประเด็นความรู้ และประโยชน์ที่นำไปใช้

## ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ (reappraisal)

### กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้ในแต่ละกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ซ้ำ
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจทักษะการเผชิญความเครียดและมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมทักทายสร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มประเมินว่ายังมีความเครียดหรือไม่ ทบทวนจากกิจกรรมที่ผ่านมา นำเสนอสิ่งที่ทบทวนจากกิจกรรมที่ผ่านมา ให้สมาชิกร่วมประเมินซ้ำจากสถานการณ์ที่ผ่านมา เพื่อให้สมาชิกมีการเผชิญความเครียดและคงไว้ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ทบทวน ความรู้และทักษะที่นำไปประยุกต์ใช้

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปการทำกลุ่ม กล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมอย่าง ต่อเนื่อง ปิดกลุ่ม



## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพชรี คันธสายบัว (2544) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 220 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการแสดงออกทางอารมณ์พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 29.7 และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของด้านบวกได้ร้อยละ 11.6

ชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพิภตร์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค (2555) ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองจำนวน 16 คน ผลการวิจัยพบว่า การดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

หัตถญา สมประดิษฐ์ (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลรับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 180 คน พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเหมาะสม การดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ ร้อยละ 36.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ความรุนแรงทางจิตร่วมทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ร้อยละ 29.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Schreiber, Breier, and Pickar (1995) ศึกษาความรุนแรงของการแสดงออกทางอารมณ์ของบิดาและมารดาผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับบุคลิกของบิดามารดาหรืออยู่กับภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรค เวลาที่ป่วย เพศและอายุที่ใกล้เคียงกัน ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสารและบุคลิกภาพ ผลการศึกษาพบว่าลักษณะการวิพากษ์ วิจารย์ขึ้นอยู่กับบุคลิกของบิดามารดา ส่วนด้านความผูกพันทางอารมณ์และการแสดงความอบอุ่นห้วงใยขึ้นอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

Scazufca and Kuipers (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์และการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการทางบวกและอาการทางลบ จำนวน 50 ราย และญาติผู้ป่วยที่อาศัยกับผู้ป่วยและมีความใกล้ชิด ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินการแสดงออกทางอารมณ์และการะในการดูแล และให้บอกถึงพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์กับการดูแลสูงกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และมีการรับรู้ความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยสูงกว่าในผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ดังนั้นการแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท และสามารถคาดเดาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติได้

Hall & Docherty (2000) ศึกษาการทำนายการแสดงอารมณ์ของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเภท การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวจำทำให้พ่อแม่มีการวิจารณ์พฤติกรรมในระดับสูงขึ้น

Van Humbeeck, Van Audenhove, De Hert, Pieters, and Storms (2002) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ โดยศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยประกอบด้วย อาการของโรคและเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดและบุคลิกภาพส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอายุของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมที่มีขนาดเล็ก

Karanci and Inandilar (2002) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภททริก พบว่าผู้ดูแลขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาส่งผลทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง

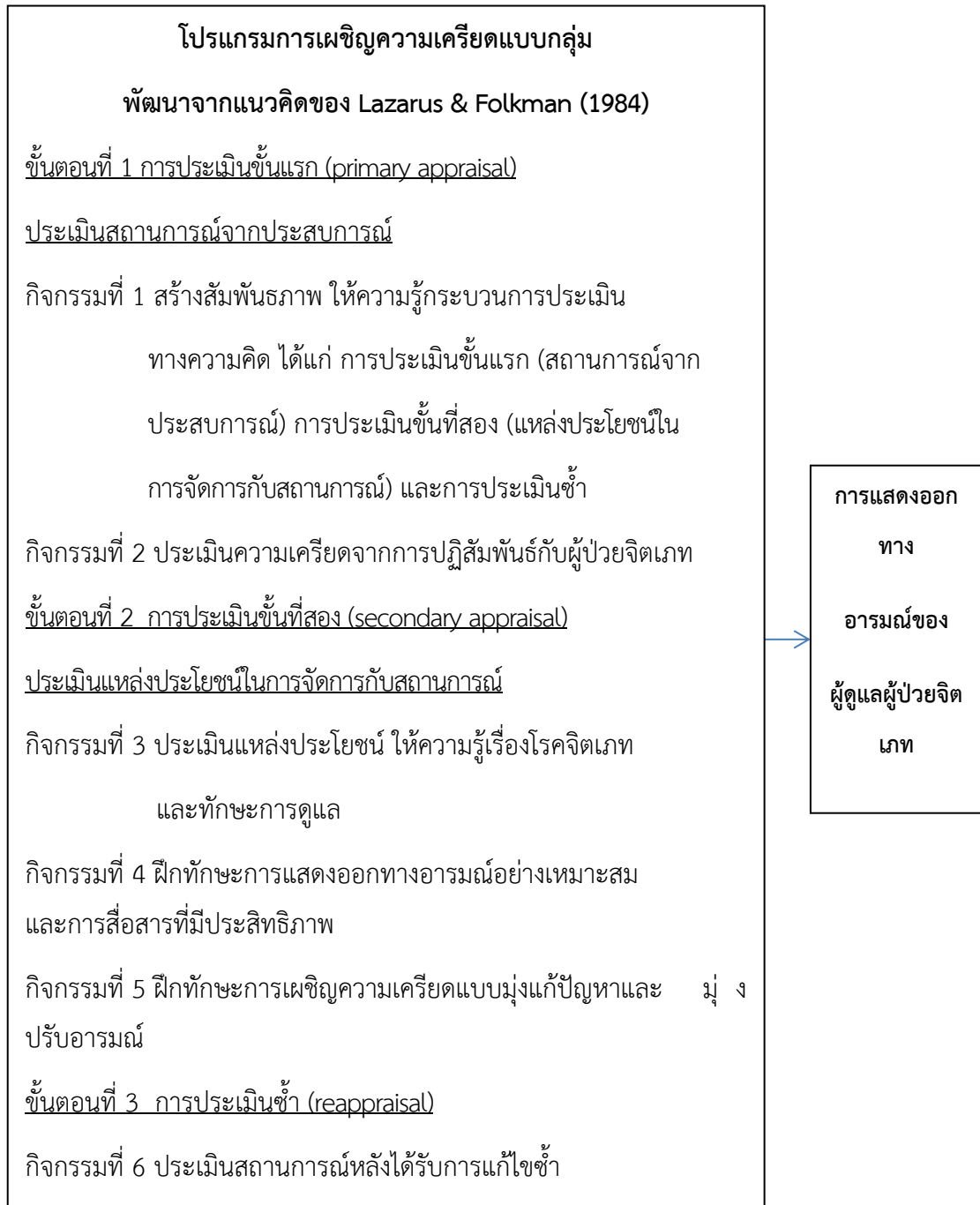
King et al. (2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดา ผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย ซึ่งมีมารดาเป็นผู้ดูแล ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้เครื่องมือ CFI ผลการศึกษาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น อยู่ไม่เป็นสุข ความเครียด และอารมณ์เศร้าในผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

Raune, Kuipers, and Bebbington (2004) พบการแสดงออกทางอารมณ์สูงทำให้มีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ควรป้องกันหรือลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Mondal and Mishra (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางอารมณ์และวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบการแสดงออกทางอารมณ์ลักษณะความไม่เป็นมิตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



## 8. กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ทำการศึกษา รูปแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2551) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออก ทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

โดย

- O1 หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรม การเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
- O2 หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรม การเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
- O3 หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาล ตามปกติ
- O4 หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาล ตามปกติ
- X หมายถึง โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช คุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน เนื่องจากโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เน้นการเผชิญ ความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ลดผลกระทบปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงให้ผู้ป่วยจิตเภทคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำแบบวัด การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อคัดผู้ดูแลเข้าร่วม กิจกรรมและทำแบบวัดเมื่อกิจกรรมเสร็จสิ้นเพื่อประเมินหลังได้รับโปรแกรม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

##### ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร เพียงคนใด คนหนึ่ง ซึ่งอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เพศหญิงหรือชาย อายุ 20-59 ปี
3. ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างใดๆ
4. พุดคุยสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
6. เป็นผู้มีการแสดงออกทางอารมณ์ คะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป (ประเมินผู้ดูแล ด้วยแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วย จิตเภท) จากการใช้แบบประเมิน The Level of Expressed Emotion Scale (LEE) ตามแนวคิดของ Vaughn and Leff (1981) พัฒนาโดย Cole and Kazarian (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพิภตร์ อุทิศและ รัชนิกร เกิดโชค (2555)

##### ผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ใน DSM-IV และ ICD-10
2. ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนจากการประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
4. สามารถพุดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง อ่านเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขณะเข้าร่วมกิจกรรม

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติมากที่สุดสามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดี คือกลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อยที่สุด 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน (Polit & Beck, 2004) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ทำการจับคู่ (Matched Pairs) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อให้มีความเท่าเทียมกันในการวิจัยครั้งนี้เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (Boye et al., 1999) และความเพียงพอของรายได้ (ภรดี ไชยสิน, 2545)

### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

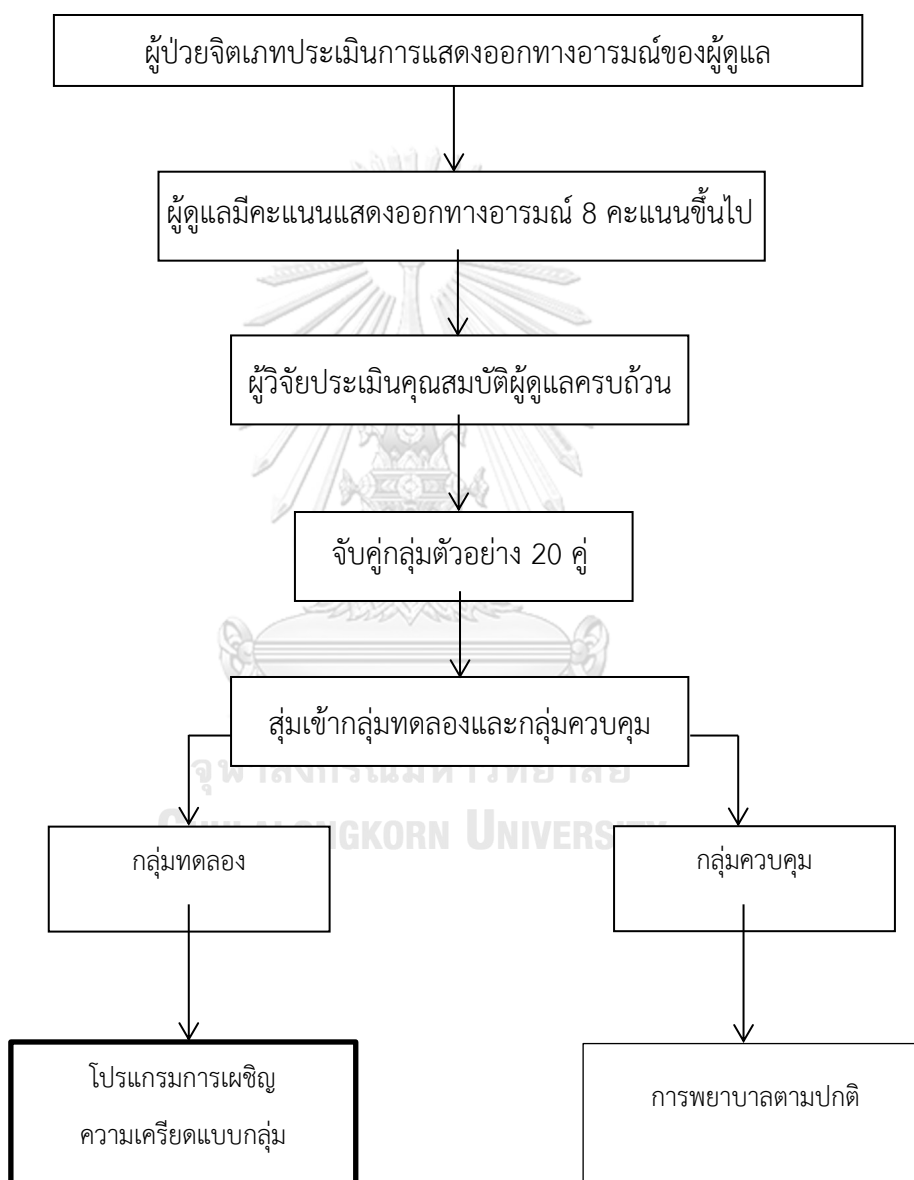
1. หลังจากโครงการวิทยานิพนธ์ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และได้รับอนุญาตให้ทดลองเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารรับรองเลขที่ 20/2561 อนุญาตให้ดำเนินการเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2561 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานหน่วยงานจิตเวช พยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วย ประเมินคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2. ผู้วิจัยประเมินระดับการแสดงอาการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะมารับบริการ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ให้ข้อมูลชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ช่วงวันที่ วันที่ 26 เม.ย. 61 – 29 เม.ย. 61

3. ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Control Extraneous Variables) ที่อาจมีผลต่อการแสดงอาการทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการศึกษา ได้แก่ ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (Boye et al., 1999) ความเพียงพอของรายได้ (ภรดี ไชยสิน, 2545)

4. ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจับสลากเข้าทีละคู่ เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติที่เหมือนกัน ดำเนินการจนครบทั้งหมด 20 คู่

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม





ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์และความเพียงพอของรายได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้ดูแล คนที่	ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย ในแต่ละสัปดาห์		ความเพียงพอของรายได้	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	เพียงพอ	เพียงพอ
2	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
3	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	เพียงพอ	เพียงพอ
4	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
5	น้อยกว่า 35 ชั่วโมง	น้อยกว่า 35 ชั่วโมง	เพียงพอ	เพียงพอ
6	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
7	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
8	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
9	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
10	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
11	น้อยกว่า 35 ชั่วโมง	35 ชั่วโมงขึ้นไป	เพียงพอ	เพียงพอ
12	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	เพียงพอ	เพียงพอ
13	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
14	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
15	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
16	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
17	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
18	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
19	น้อยกว่า 35 ชั่วโมง	น้อยกว่า 35 ชั่วโมง	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
20	35 ชั่วโมงขึ้นไป	35 ชั่วโมงขึ้นไป	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกตามเพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	5	25.00	4	20.00	9	22.50
หญิง	15	75.00	16	80.00	31	77.50
<b>อายุ</b>						
20-29 ปี	1	5.00	4	20.00	5	12.50
30-39 ปี	5	25.00	1	5.00	6	15.00
40-49 ปี	9	45.00	7	35.00	16	40.00
50-59 ปี	5	25.00	8	40.00	13	32.50
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>						
บิดา	1	5.00	0	0.00	1	2.50
มารดา	6	30.00	11	55.00	17	42.50
สามี	1	5.00	1	5.00	2	5.00
ภรรยา	1	5.00	2	10.00	3	7.50
พี่	5	25.00	5	25.00	10	25.00
น้อง	2	10.00	0	0.00	2	5.00
บุตร	4	20.00	1	5.00	5	12.50
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	5	25.00	3	15.00	8	20.00
หย่า	3	15.00	2	10.00	5	12.50
คู่	11	55.00	14	70.00	25	62.50
แยกกันอยู่	1	5.00	0	0.00	1	2.50
หม้าย	0	0.00	1	5.00	1	2.50

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75.00 และ 80.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.00 และ 35.00 ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 55.00 ตามลำดับ รองลงมาคือพี่ คิดเป็นร้อยละ 25.00

เท่ากัน และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็น ร้อยละ 55.00 และ 70.00 ตามลำดับ

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลตามโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลการพยาบาลตามปกติ จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว และระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยแต่ละสัปดาห์

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	8	40.00	8	40.00	16	40.00
มัธยมศึกษา	6	30.00	7	35.00	13	32.50
อนุปริญญา	4	20.00	2	10.00	6	15.00
ปริญญาตรี	1	5.00	3	15.00	4	10.00
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.00	0	0.00	1	2.50
<b>อาชีพ</b>						
งานบ้าน	3	15.00	4	20.00	7	17.50
เกษตรกร	9	45.00	5	25.00	14	35.00
รับจ้าง	4	20.00	9	45.00	13	32.50
ค้าขาย	3	15.00	1	5.00	4	10.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	1	5.00	1	2.50
อื่นๆ (ธุรกิจส่วนตัว)	1	5.00	0	0.00	1	2.50
<b>ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว</b>						
<b>ครอบครัว</b>						
ไม่เพียงพอ	15	75.00	9	45.00	24	60.00
เพียงพอ	5	25.00	11	55.00	16	40.00
<b>ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์</b>						
น้อยกว่า 35 ชั่วโมง	3	15.00	2	10.00	5	12.50
35 ชั่วโมงขึ้นไป	17	85.00	18	90.00	35	87.50

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเท่ากัน สำหรับอาชีพในกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 25.00 ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่รายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 45.00 ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 85.00 และ 90.00 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช และได้รับอนุมัติเมื่อ 26 เมษายน 2561 เอกสารรับรองเลขที่ 20/2561 เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ศึกษา วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการบันทึกข้อมูลเมื่อไหร่ก็ได้ และเน้นย้ำความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลการทำกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ไว้เป็นความลับ หลังจากอธิบายและมีความเข้าใจ ผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาให้ผู้ป่วยลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 2) แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

**โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม** เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) มีรายละเอียดขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยศึกษาเนื้อหาในประเด็นที่ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สร้างโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนจากวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับสภาพปัญหาการแสดงออกอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการเผชิญความเครียดผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดสติปัญญาเพื่อให้ความเครียดลดลง มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ ว่ายังมีภาวะเครียดอีกหรือไม่หลังจากได้รับข้อมูลใหม่ เพื่อใช้ส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด โดยโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นมีเป้าหมายเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยดำเนินการในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลอง 20 คน แบ่งกลุ่มละ 10 คน ทั้งหมด 2 กลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ รายละเอียดดังต่อไปนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินขั้นแรก (primary appraisal) ประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด**

ระยะเวลา 60 นาที

#### **สาระสำคัญ**

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้วิจัยได้มีสัมพันธภาพร่วมกันกับผู้ดูแลและสมาชิกในกลุ่มด้วยตนเอง ผู้วิจัยยอมรับในสมาชิกกลุ่ม สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย พูดคุยชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายการทำกิจกรรม รูปแบบกิจกรรม ข้อปฏิบัติในการทำกิจกรรม แจ้งเวลา สถานที่ในการเข้าร่วม ประโยชน์หลังจากทำกิจกรรม สร้างแรงจูงใจความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมและทำกิจกรรม ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน

ให้ความรู้ในกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินขั้นแรก การประเมินขั้นที่สอง และการประเมินซ้ำ ร่วมกับการเรียนรู้การประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกัน เพื่อให้ผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจกระบวนการประเมินทางความคิดจากความรู้ที่ได้รับ และประเมินจากสถานการณ์ที่ผ่านมาให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น ทำให้สมาชิกเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้อง

## กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

### สาระสำคัญ

ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าเป็นความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย ประเมินสถานการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของตนเอง ทั้งน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง หรือการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ หลังจากได้รับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม สรุปสถานการณ์ความเครียด ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมแนะนำคู่มือการเผชิญความเครียดในผู้ดูแล

## ขั้นตอนที่ 2 การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) ประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์

### กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้โรคจิตเภท และทักษะการดูแล

ระยะเวลา 60 นาที

### สาระสำคัญ

ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้โรคจิตเภท ความรุนแรงและทักษะการดูแล เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้สมาชิกแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มเกี่ยวกับการประเมินแหล่งประโยชน์ในสังคม ประเภทแหล่งประโยชน์และความสำคัญหรือทางเลือกที่สามารถกระทำได้ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ ความรุนแรง การรักษาและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยถ่ายทอดความรู้ร่วมกับใช้สื่อวีดีโอในการให้ความรู้ ซึ่งกิจกรรมสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท เป็นการเตรียมความพร้อมในทักษะการเผชิญความเครียด ส่งเสริมความสามารถในการดูแล ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว

#### กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระยะเวลา 45 นาที

##### สาระสำคัญ

ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลเล่าประสบการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทาง ของผู้ดูแลเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านและการแก้ไขปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง สาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม ทบทวนความรู้จากกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการสื่อสารทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เปรียบเทียบการสื่อสารทางลบที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ ตัวอย่าง ทำให้เห็นถึงการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารระหว่างกัน สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นผลลัพธ์ที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ ความรู้สึก ผลดีผลเสียรวมถึงผลกระทบจากการแสดงออกดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการเผชิญความเครียด ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

#### กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์

ระยะเวลา 60 นาที

##### สาระสำคัญ

การเผชิญความเครียด เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสถานการณ์ความเครียด โดยการประเมินแหล่งประโยชน์ที่สามารถนำมาจัดการกับความเครียดให้ลดลงได้ รูปแบบการเผชิญความเครียดที่บุคคลจะเลือกวิธีต่างๆ เพื่อจัดการกับความเครียดมี 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ พบว่าบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าการหาสาเหตุวิธีการแก้ไขที่ปัญหา จึงทำให้ความเครียดลดลงได้เพียงระยะสั้น ไม่ได้จัดการที่ปัญหาโดยตรง ซึ่งวิธีที่จะทำได้ผลดีคือ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองรูปแบบร่วมกันทำให้เกิดทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ความรู้การเผชิญความเครียด รูปแบบการเผชิญเครียด 2 รูปแบบ ให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์การเผชิญความเครียด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน จากสถานการณ์ที่ผ่านมา ร่วมแสดงความคิดเห็นค้นหาการแก้ไข เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้การเผชิญความเครียด ผลดีผลเสีย

ของการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ สามารถเลือกวิธีการอย่างเหมาะสมในการเผชิญปัญหา มุ่งเน้นส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

### **ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ (reappraisal)**

#### **กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ**

ระยะเวลา 60 นาที

#### **สาระสำคัญ**

ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้สมาชิกภายในกลุ่มประเมินว่ายังมีความเครียดหรือไม่ ทบทวนจากกิจกรรมที่ผ่านมา เป็นการทบทวนความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแล เพื่อให้มีการเผชิญความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม

#### **การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม**

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาให้เหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดที่นำมาศึกษา หลังตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน และอาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหา กิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยนำเรื่องมาปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

โดยมีประเด็นข้อเสนอแนะและการปรับปรุงแก้ไขดังนี้

#### **กิจกรรมที่ 1**

- ผู้ป่วยจิตเภทป่วยมาระยะเวลานานเท่าใด ปรับเป็น ท่านดูแลผู้ป่วยมานานเท่าใด เพื่อให้ทราบระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย
- สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร **ปรับเป็น** ท่านรู้สึกอย่างไรต่อตัวผู้ป่วย และท่านคิดว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับท่าน เพราะเหตุใด
- ท่านคิดว่าสัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใดบ้างที่ยังต้องปรับปรุง **ปรับเป็น** ท่านคิดว่ามีอะไรบ้างที่ต้องปรับปรุงเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว



- ให้ท่านทบทวนสถานการณ์ **ปรับเป็น** ให้ท่านระบุสถานการณ์เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่ออธิบายผู้ดูแลให้ระบุสถานการณ์ใดให้ชัดเจน

### กิจกรรมที่ 2

- สถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอะไรบ้าง **ปรับเป็น** กรุณายกตัวอย่างสถานการณ์ที่ทำให้ท่านเกิดความเครียดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- ความเครียดที่เกิดขึ้นมีสาเหตุเกิดจากอะไร ปรับภาษาให้เข้าใจง่าย **ปรับเป็น** ท่านคิดว่ามีอะไรบ้างที่ทำให้ท่านเครียดกับสถานการณ์ดังกล่าว

- ระยะเวลาจาก 60 นาที **ปรับเป็น** 45 นาที เพื่อรวมกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในการพบครั้งแรก รวมเป็น 1 ชั่วโมง 45 นาที

### กิจกรรมที่ 3

- ปรับความเหมาะสมของเนื้อหากิจกรรม ระยะเวลากิจกรรมจาก 90 นาที **ปรับเป็น** 60 นาที

- เมื่อมีปัญหาข้างต้น ผู้ดูแลเคยใช้แหล่งประโยชน์จากใครหรือที่ไหนบ้าง **ปรับเป็น** เมื่อมีปัญหาข้างต้น บุคคลหรือหน่วยงานใดที่สามารถช่วยท่านแก้ปัญหาได้

- ข้อเสนอแนะใช้ตัวอย่างจริงจังในกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกทราบ **เพิ่มเติม** การใช้รูปแบบจริงจังเป็นยาเดิมของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม

### กิจกรรมที่ 5

- ปรับคำถาม เพื่อให้ทราบว่าผู้ดูแลทราบหรือไม่ว่าจะจัดการความเครียดอย่างไร

การเผชิญความเครียดคืออะไร **ปรับเป็น** ท่านคิดว่าทำอะไรจึงจะทำให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ระยะเวลาจาก 90 นาที **ปรับเป็น** 60 นาที

หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ดูแลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คน โดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม ตามเนื้อหาในโปรแกรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ทั้งส่วนของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงอุปสรรคอื่นที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ภายหลังจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า สมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยปรับคำพูดจากภาษาวิชาการเป็นคำพูดที่เข้าใจง่ายขึ้น โดยยกตัวอย่างประกอบเพิ่มเติม ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

**การพยาบาลตามปกติ** เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาล โดยพยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชขณะมารับบริการ ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับ กิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1. การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
2. การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนพบแพทย์
3. การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. การให้คำแนะนำวิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
5. การให้ความรู้การจัดสิ่งแวดล้อม
6. วิธีผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแล
7. การนัดหมายและมาก่อนนัดเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

2) **แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์** ใช้แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท The Level of Expressed Emotion Scale (LEE) โดย Cold and Kazarian (1988) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Vaughn and Leff (1981) ที่ผ่านการขออนุญาตฉบับภาษาอังกฤษมาแปลเป็นภาษาไทย โดยชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค (2555) แปลเครื่องมือผ่านวิธี Back translation โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 1 คำตอบคือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตามลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูง 4 ลักษณะ ครอบคลุมแนวคิดของ Vaughn and Leff (1981) โดยแต่ละลักษณะมี 15 ข้อ รวมทั้งหมด 60 ข้อ ดังนี้

1) การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) ข้อ 1-15 เป็นข้อความทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,5,6,13,14 เป็นข้อความทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,7,8,9,10,11,12,15

2) การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A highly emotional response to patient's illness) ข้อ 16-30 เป็นข้อความทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ 16,17,19,23,24,25,27 เป็นข้อความทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ 18,20,21,22,26,28,29,30

3) มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) ข้อ 31-45 เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 33,34,36,38,41,42,43,45 เป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 31,32,35,37,39,40,44

4) มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) ข้อ 46-60 เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 46,48,49,52,53,55,56,57 เป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 47,50,51,54,58,59,60

ประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ให้เลือก 1 คำตอบ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	เท่ากับ 0 คะแนน	เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่ใช่	เท่ากับ 1 คะแนน	เท่ากับ 0 คะแนน

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน และแปลผลเครื่องมือ ดังนี้

คะแนน 0-8 คะแนน หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ

คะแนน 9-60 คะแนน หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์สูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เนื่องจากผู้วิจัยนำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ (LEE) ฉบับแปลภาษาไทยมาใช้ ในการศึกษาของชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค (2555) ได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .92 ซึ่งค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) และผู้วิจัยไม่ได้ตัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทฉบับแปลภาษาไทย The Level of Expressed Emotion Scale (LEE) ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช คุณสมบัติที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ดูแลที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) พบว่าได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ .89 โดยได้ค่าความเที่ยงรายข้อระหว่าง .87-.89

### 3.เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) สร้างตามกรอบแนวคิดของ Jalowiec (1983) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

การคิดคะแนนแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การเผชิญความเครียดทางบวกให้ค่าคะแนนทางบวก การเผชิญความเครียดทางลบให้ค่าคะแนนทางลบ ดังนี้

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

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมารวมกัน โดยคะแนนสูงหมายถึง มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสม คะแนนต่ำ หมายถึง มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เมื่อนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยและแปลผลการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ดังนี้

3.50 - 4.00 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสมมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสม

1.50 - 2.49 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาไม่เหมาะสม

1.00 - 1.49 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่ต้องปรับปรุง

### เกณฑ์กำกับการทดลอง

ภายหลังการทดลองในกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเฉลี่ยมากกว่า 2.50 คะแนน จึงจะแสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดเหมาะสม หากไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการดำเนินกิจกรรม จนกว่าผู้ดูแลจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2552) มาใช้โดยชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร พัฒนาจากดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) สร้างตามแนวคิด Jalowiec (1983) โดยชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .80 เป็นค่ามาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) และ ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษานำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ดูแลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ .82

### ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง ระยะประเมินผลการทดลอง รายละเอียดดังนี้

#### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยศึกษาเนื้อหาในประเด็นที่ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ โดยได้ค้นคว้าวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้แก่คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อพิจารณา

1.3 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทดลอง โดยประสานงานกับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษ โดยส่งเรื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.4 ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตทำการศึกษาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง หลังจากได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานจิตเวช เพื่อขอความร่วมมือในการจัดดำเนินการศึกษา

1.5 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คัดเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผลคะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงสามารถคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ แจ้งนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงานตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

## 2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 **กลุ่มควบคุม** หลังจากผู้วิจัยทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากการมารับบริการของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จากพยาบาลคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-4 โดยได้รับกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1. การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
2. การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนพบแพทย์
3. การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. การให้คำแนะนำวิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา
5. การให้ความรู้การจัดสิ่งแวดล้อม
6. วิธีผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแล
7. การนัดหมายและมาก่อนนัดเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต

2.2 **กลุ่มทดลอง** หลังจากผู้วิจัยทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน ในกลุ่มทดลองจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์โดยแบ่งกลุ่มการทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมดังตารางต่อไปนี้

**ตารางที่ 4** การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

กิจกรรม	กลุ่ม เป้าหมาย	วัน-เวลา ดำเนินกิจกรรม	กลุ่ม
<p><b>สัปดาห์ที่ 1</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 1</b> สร้างสัมพันธภาพ ให้ ความรู้กระบวนการประเมินทาง ความคิด (60 นาที)</p> <p><b>กิจกรรมที่ 2</b> ประเมินความเครียด จากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท (45 นาที)</p>	- ผู้ดูแล	จันทร์ 30 เมษายน 2561 เวลา 09.00 - 10.45 น. 13.00 - 14.45 น.	กลุ่ม 1 (10 คน) กลุ่ม 2 (10 คน)
<p><b>สัปดาห์ที่ 2</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 3</b> ประเมินแหล่ง ประโยชน์ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแล (60 นาที)</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4</b> ฝึกทักษะการ แสดงออกทางอารมณ์อย่าง เหมาะสม และการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ (45 นาที)</p>	- ผู้ดูแล	จันทร์ 7 พฤษภาคม 2561 เวลา 09.00 - 10.45 น. 13.00 - 14.45 น.	กลุ่ม 1 (10 คน) กลุ่ม 2 (10 คน)
<p><b>สัปดาห์ที่ 3</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 5</b> ฝึกทักษะการเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและ มุ่งปรับอารมณ์ (60 นาที)</p>	- ผู้ดูแล	จันทร์ 14 พฤษภาคม 2561 เวลา 09.00 - 10.00 น. 13.00 - 14.00 น.	กลุ่ม 1 (10 คน) กลุ่ม 2 (10 คน)
<p><b>สัปดาห์ที่ 4</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 6</b> ประเมินสถานการณ์ หลังได้รับการแก้ไข ประเมิน ความเครียด และทบทวนกิจกรรม (60 นาที)</p>	- ผู้ดูแล	จันทร์ 21 พฤษภาคม 2561 เวลา 09.00 - 10.00 น. 13.00 - 14.00 น.	กลุ่ม 1 (10 คน) กลุ่ม 2 (10 คน)

## โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินขั้นแรก (primary appraisal) ประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ข้อปฏิบัติ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1

1. สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัย และสมาชิกภายในกลุ่มด้วยตนเอง
2. สมาชิกสามารถบอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ข้อปฏิบัติ เวลาในการทำกิจกรรม
3. สมาชิกสามารถอธิบายกระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอนได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้วิจัยได้มีสัมพันธภาพร่วมกันกับผู้ดูแลและสมาชิกในกลุ่มด้วยตนเอง โดยสื่อสารผ่านภาษา ท่าทางเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างกัน ผู้วิจัยยอมรับในสมาชิกกลุ่ม สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง พูดคุยชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายการทำกิจกรรม รูปแบบกิจกรรม ข้อปฏิบัติในการทำกิจกรรม แจ้งเวลา สถานที่ในการเข้าร่วม ประโยชน์หลังจากทำกิจกรรม สร้างแรงจูงใจความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรม และส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน

ให้ความรู้ในกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินขั้นแรก การประเมินขั้นที่สอง และการประเมินซ้ำ ร่วมกับการเรียนรู้การประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกัน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจกระบวนการประเมินทางความคิดจากความรู้ที่ได้รับ และประเมินจากสถานการณ์ที่ผ่านมาให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น



## สื่อและอุปกรณ์

- Power point 1/1 กระบวนการประเมินทางความคิด
- Power point 1/2 ข้อตกลงการเข้าร่วมกิจกรรม
- สารระความรู้ที่ 1/1 กระบวนการประเมินทางความคิด
- กิจกรรมที่ 1/1 สัมพันธภาพระหว่างกัน
- กิจกรรมที่ 1/2 สถานการณ์กับการประเมินทางความคิด
- กระดาษ
- ปากกา
- ปากกาเคมี
- ป้ายชื่อคล้องคอ

## กิจกรรม

### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพด้วยภาษาและท่าทีที่เป็นมิตร สร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย เป็นกันเอง โดยการสบตา ยิ้มแย้มแจ่มใสทำที่นุมนวลอ่อนโยนเป็นมิตร สอบถามทั่วไปกับสมาชิก เช่น “สวัสดีค่ะ สมาชิกทุกท่าน วันนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ เดินทางกันมาอย่างไร มาสะดวกหรือเปล่า” เพื่อสร้างความรู้สึกรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำชื่อตนเอง ผู้วิจัยให้ความสนใจ สบตา ตั้งใจฟัง ให้การยอมรับสมาชิกในกลุ่ม
3. ให้สมาชิกเขียนชื่อตนเองบนป้ายชื่อคล้องคอ
4. ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เช่น “แต่ละท่านรู้สึกอย่างไรบ้างคะที่ได้ร่วมกิจกรรมในวันนี้” เพื่อให้ผู้วิจัยทราบความรู้สึกของผู้ดูแลและสร้างสัมพันธภาพผ่านการสื่อสารที่เหมาะสม
5. ผู้วิจัยสอบถามความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย “วันนี้พาใครมาหาหมอคะ แต่ละท่านเป็นพ่อแม่หรือเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไรคะ”
6. ให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 1/1 สัมพันธภาพระหว่างกัน เพื่อทบทวนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท และนำเสนอ

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้วิจัยแจ้งข้อปฏิบัติ ข้อตกลงในการเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม

- 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที แจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งต่อไป คือ ห้องประชุมทำกลุ่ม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
3. ผู้วิจัยแจ้งกำหนดกิจกรรม ในแต่ละสัปดาห์ให้สมาชิกทราบ บอกถึงความรู้และประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกย้อนกลับเพื่อทบทวน เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม เสนอแนะข้อตกลงร่วมกัน
5. เปิดประเด็นการสนทนาเพื่อให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด โดยกล่าวว่า “วันนี้กิจกรรมที่จะร่วมพูดคุยกัน เป็นเรื่องกระบวนการทางความคิดของบุคคล ซึ่งจะประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน เพื่อประเมินสถานการณ์ความเครียดในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่บ้านและควรที่จะแก้ไขหรือทำอะไรต่อไป”
6. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง กระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน ตามสาระความรู้ที่ 1/1 กระบวนการประเมินทางความคิด
7. แลกเปลี่ยนสถานการณ์ในกลุ่ม สอบถามถึงประสบการณ์ความเครียดในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการประเมิน
- การประเมินขั้นที่หนึ่ง ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยกล่าวว่า “ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้ดูแลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจประสบปัญหาความเครียดเกิดขึ้น ดิฉันอยากให้สมาชิกผู้ดูแลลองทบทวนสถานการณ์ที่เป็นความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่มค่ะ” และผู้วิจัยสอบถามถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลที่มีสถานการณ์คล้ายๆกัน และเข้าสู่การประเมินขั้นที่สอง
- การประเมินขั้นที่สอง ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับการจัดการความเครียดโดยใช้ความพร้อม ศักยภาพ แหล่งประโยชน์มาจัดการเพื่อให้ความเครียดลดลงได้อย่างไร โดยกล่าวว่า “เนื่องจากสถานการณ์เดียวกันแต่การประเมินความเครียดของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันจาก 3 ลักษณะคือ 1) อันตรายหรือสูญเสีย 2) การคุกคาม 3) การทำทนาย จากการประสบการณ์ที่ผ่านมาสมาชิกแต่ละท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างไรบ้างคะ”
- การประเมินซ้ำ หลังจากทีสมาชิกได้พยายามจัดการกับความเครียดโดยใช้วิธีการต่างๆแล้วก็กลับมาประเมินสถานการณ์เดิมหลังจากได้รับข้อมูลใหม่ว่ายังคงเป็นความเครียดอีกหรือไม่ ความเครียดถูกกำจัดออกไป ลดลงหรือยังคงมีอยู่ และเริ่มประเมินจากขั้นที่หนึ่งใหม่ เพื่อเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสม และกำจัดปัญหาได้
8. ให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 1/2 สถานการณ์กับการประเมินทางความคิด นำเสนอแลกเปลี่ยนร่วมกัน

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

1. ผู้วิจัยสรุปการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ข้อปฏิบัติ ระยะเวลา ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด
2. เปิดโอกาสสอบถามข้อสงสัย และนัดหมายครั้งต่อไป

### การประเมินผล

1. สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มด้วยตนเอง สังเกตมีสีหน้ายิ้มแย้ม ทำทางเป็นกันเอง พฤติกรรมสนใจ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม กล้าแสดงความคิดเห็นร่วมกันในกลุ่ม
2. สมาชิกทบทวนบอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ข้อปฏิบัติ เวลาในการทำกิจกรรมได้
3. สมาชิกอธิบายกระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอนได้

### กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินความเครียดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองเมื่อมีสถานการณ์ความเครียดและผลกระทบ

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2

1. สมาชิกสามารถบอกถึงสถานการณ์ความเครียดจากปัญหาการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
2. สมาชิกสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดกับตนเองและผู้ป่วยหลังจากมีความเครียดได้

#### สาระสำคัญ

ประเมินความเครียดจากปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าเป็นความเครียด ผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย ประเมินสถานการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของตนเอง ทั้งน้ำเสียง สีหน้า ทำทาง หรือการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ หลังจากได้รับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม สรุปสถานการณ์ความเครียด ผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

## สื่อและอุปกรณ์

- สารระความรู้ที่ 2/1 ความเครียดคืออะไร
- สารระความรู้ที่ 2/2 ความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์
- กิจกรรมที่ 2/1 สสำรวจความเครียดกันเถอะ
- กิจกรรมที่ 2/2 เครียดแล้วเป็นอย่างไร
- กิจกรรมที่ 2/3 ความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์
- Power point ความเครียดคืออะไร

## กิจกรรม

### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยทักทายสมาชิกทั่วไป ทบทวนสอบถามความรู้กิจกรรมที่ผ่านมา พูดคุยทบทวนกิจกรรมที่ 1 เพื่อเข้าสู่กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสอบถามความเครียดตามความคิดของทุกท่านเป็นอย่างไร และให้ความรู้เรื่อง ความเครียด ตามสารระความรู้ที่ 2/1 ความเครียดคืออะไร
2. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกถึงสถานการณ์ความเครียดเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 1 สถานการณ์
3. ให้สมาชิกทบทวนและประเมินสถานการณ์ความเครียดว่าเป็นลักษณะใดจาก 3 ลักษณะของ กระบวนการประเมินความคิดของบุคคลตามกิจกรรมที่ 2/1 สสำรวจความเครียดกันเถอะ
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นโดยใช้กระบวนการกลุ่มและนำเสนอ
5. สอบถามสมาชิกเมื่อเครียดแล้วมีการตอบสนองด้านต่างๆ อย่งไร และให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 2/2 เครียดแล้วเป็นอย่างไร
6. ผู้วิจัยให้ความรู้ตามสารระความรู้ที่ 2/2 ความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์
7. เปิดโอกาสให้สมาชิกทบทวนผลกระทบและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เคยเกิดขึ้น และทำ กิจกรรมที่ 2/3 ความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ ตัวแทนสมาชิกนำเสนอสิ่งที่บันทึก ในกิจกรรมที่ 2/2 และ 2/3 สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยและสรุปความรู้เรื่องความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบและการแสดงออกทางอารมณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมที่ 2

## การประเมินผล

สมาชิกประเมินผลสถานการณ์ที่เป็นความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทได้ สามารถระบุถึงการแสดงออกทางอารมณ์เมื่อมีความเครียด สมาชิกมีสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมสนใจ ในการทำกิจกรรม ร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

## ขั้นตอนที่ 2 การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) ประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์

กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้โรคจิตเภทและทักษะการดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินแหล่งประโยชน์และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการเบื้องต้น
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3

1. สมาชิกสามารถระบุแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ได้
2. สมาชิกอธิบายความรู้เรื่องโรคจิตเภทสาเหตุ อาการ และการรักษาได้
3. สมาชิกอธิบายความรู้เรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นได้
4. สมาชิกอธิบายลักษณะอาการเตือนและทักษะการดูแลได้

สาระสำคัญ

แหล่งประโยชน์ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากเมื่อบุคคลประเมินแหล่งประโยชน์ที่สามารถกระทำได้หรือเลือกขอความช่วยเหลือได้ในชุมชนจากบุคคลหรือหน่วยงาน จะเป็นการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร อุปกรณ์ การเงิน การประกอบอาชีพ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้

การได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ ความรุนแรงและการรักษา ยาและอาการข้างเคียง อาการเตือน ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลควรรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทักษะ

การดูแลด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น เป็นการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการเผชิญความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ส่งผลทำให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

### สื่อและอุปกรณ์

- สารระความรู้ที่ 3/1 แหล่งประโยชน์
- สารระความรู้ที่ 3/2 ทำความรู้จักโรคจิตเภท
- สารระความรู้ที่ 3/3 ยา กับ จิตเภท
- สารระความรู้ที่ 3/4 การสังเกตอาการเตือน
- สารระความรู้ที่ 3/5 ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมที่ 3/1 แหล่งประโยชน์สำคัญอย่างไร
- กิจกรรมที่ 3/2 โรคจิตเภทเป็นอย่างไร
- กิจกรรมที่ 3/3 ทำอย่างไร.. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา (บัตรคำ)
- กิจกรรมที่ 3/4 การสังเกตอาการเตือน
- กิจกรรมที่ 3/5 ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ตัวอย่างยา
- Power point / VDO clip การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### กิจกรรม

#### ระยะที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยทักทายสมาชิกทั่วไป กล่าว “สวัสดีสมาชิกทุกท่านคะ เดินทางกันมาสะดวกไหมคะ” ให้สมาชิกในกลุ่มทักทายสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน และทบทวนเนื้อหากิจกรรมครั้งที่แล้ว

#### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยชี้แจงเนื้อหากิจกรรมคร่าวๆ “วันนี้เป็นครั้งที่ 2 กิจกรรมเกี่ยวกับการประเมินแหล่งประโยชน์ ความรู้โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ยาและอาการข้างเคียง ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”
2. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกถึงความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ และการใช้ประโยชน์จากบุคคลหน่วยงานใด เพื่อช่วยจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้น
3. ผู้วิจัยให้ความรู้ความหมาย ประเภทและความสำคัญของแหล่งประโยชน์ ตามสารระความรู้ที่ 3/1 แหล่งประโยชน์
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 3/1 แหล่งประโยชน์สำคัญอย่างไร และเปิดโอกาสแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นประสบการณ์ภายในกลุ่ม

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ตามสาระความรู้ที่ 3/2 ทำความรู้จักโรคจิตเภท ร่วมกับใช้สื่อวีดีโอ
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 3/2 โรคจิตเภทเป็นอย่างไร และสรุปความรู้
7. ผู้วิจัยพูดคุยสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละวัน แลกเปลี่ยนในกลุ่ม
8. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงและวิธีการจัดการเบื้องต้น ดูตัวอย่างยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภทตามสาระความรู้ที่ 3/3 ยากับจิตเภท
9. ผู้วิจัยฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่องยา ให้สมาชิกจับคู่บัตรคำอาการข้างเคียงจากยาและวิธีการจัดการ ตามกิจกรรมที่ 3/3 ทำอย่างไร.. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา
10. ผู้วิจัยให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 3/4 การสังเกตอาการเตือน และทบทวนอาการที่เคยเกิดกับผู้ป่วย ตามกิจกรรมที่ 3/4
11. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกถึงปัญหาที่มักพบบ่อยๆ จากการดูแลผู้ป่วย ให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 3/5
12. ผู้วิจัยให้ความรู้ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการดูแล ตามสาระความรู้ที่ 3/5

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยสรุปการดำเนินกิจกรรม ความรู้และประโยชน์จากกิจกรรม

### ประเมินผล

สังเกตสมาชิกมีสีหน้า พฤติกรรมสนใจ ตั้งใจฟัง ซักถาม ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม

สมาชิกบอกถึงแหล่งประโยชน์และความสำคัญได้ อธิบายเรื่องความรู้โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

## กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกเข้าใจและมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
2. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้

### สาระสำคัญ

ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้สมาชิกเล่าการแสดงออกทางอารมณ์ในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทางของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทจากสถานการณ์ความเครียดเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและการแก้ไขปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง สาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการสื่อสารทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เปรียบเทียบการสื่อสารทางลบที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ ตัวอย่าง ทำให้เห็นถึงการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารระหว่างกัน สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นผลลัพธ์ที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการเผชิญความเครียด ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- สารระความรู้ที่ 4/1 การแสดงออกทางอารมณ์
- สารระความรู้ที่ 4/2 สื่อสารอย่างไรกับผู้ป่วย
- กิจกรรมที่ 4/1 การแสดงออกทางอารมณ์สูงคืออะไร
- กิจกรรมที่ 4/2 แสดงออกและสื่อสารอย่างไรให้เหมาะสม
- ปากกา



## กิจกรรม

### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพทักทายสมาชิก สอบถามความเป็นอยู่ทั่วไป
2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้จากกิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแล

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกเล่าการแสดงออกทางอารมณ์ในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทางของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทจากสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลและการแก้ไขปัญหาขณะอยู่บ้าน
2. แจกคะแนนระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากการตัดเข้ากลุ่มตัวอย่างและแปลความหมาย
3. ผู้วิจัยให้ความรู้ตามสาระความรู้ที่ 4/1 การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล
4. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ โดยให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 4/1 การแสดงออกทางอารมณ์สูงคืออะไร
5. ผู้วิจัยให้ความรู้และเทคนิคการสื่อสารตามสาระความรู้ที่ 4/2 สื่อสารอย่างไรกับผู้ป่วย
6. ให้สมาชิกแสดงบทบาทสมมติ จากสถานการณ์ตามกิจกรรมที่ 4/2 แสดงออกและสื่อสารอย่างไรให้เหมาะสม สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ผลดีผลเสียจากการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสาร รวมถึงผลกระทบจากการแสดงออกดังกล่าว

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

1. ผู้วิจัยสรุปความรู้และทักษะจากกิจกรรม ประโยชน์และการนำไปใช้
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย
3. นัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

## กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

### สาระสำคัญ

การเผชิญความเครียด เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสถานการณ์ความเครียด โดยการประเมินแหล่งประโยชน์ที่สามารถนำมาจัดการกับความเครียดให้ลดลงได้ รูปแบบการเผชิญความเครียดที่บุคคลจะเลือกวิธีต่างๆ เพื่อจัดการกับความเครียดมี 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ พบว่าบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าการหาสาเหตุวิธีการแก้ไขที่ปัญหา จึงทำให้ความเครียดลดลงได้เพียงระยะสั้น ไม่ได้จัดการที่ปัญหาโดยตรง ซึ่งวิธีที่จะทำให้ได้ผลดีคือ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองรูปแบบร่วมกันทำให้เกิดทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ความรู้การเผชิญความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ ให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์การเผชิญความเครียด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน จากสถานการณ์ที่ผ่านมา ร่วมแสดงความคิดเห็นค้นหาการแก้ไข เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้การเผชิญความเครียด ผลดีผลเสียของการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ สามารถเลือกวิธีการอย่างเหมาะสมในการเผชิญปัญหา มุ่งเน้นส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5

1. สมาชิกสามารถบอกถึงรูปแบบการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ
2. สมาชิกสามารถประเมินและเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม
3. สมาชิกสามารถย้อนกลับทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- สารความรู้ที่ 5/1 การเผชิญความเครียด
- สารความรู้ที่ 5/2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด

- กิจกรรมที่ 5/1 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด
- กิจกรรมที่ 5/2 ความเครียดและการเผชิญความเครียดที่ผ่านมา
- กิจกรรมที่ 5/3 รูปแบบการเผชิญความเครียด
- กิจกรรมที่ 5/4 มุ่งแก้ปัญหาให้ตรงจุด
- กิจกรรมที่ 5/5 เผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์
- การบ้าน บันทึก.. เผชิญเครียด
- ปากกา

## กิจกรรม

### ระยะที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพทักทายสมาชิกทั่วไป พูดคุยถึงความรู้ที่ทักษะในกิจกรรมที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมที่ 4 เกี่ยวกับความรู้ที่ทักษะการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม สอบถามการนำไปใช้ช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าว จากการทำกิจกรรมที่ 2 ที่ผ่านมาพบว่าสมาชิกมีความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง สอบถามสมาชิกถึงวิธีการเผชิญกับปัญหานั้นอย่างไร
2. ให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 5/1 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียด และรูปแบบการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบตามสาระความรู้ที่ 5/1 การเผชิญความเครียด
4. ผู้วิจัยแจ้งคะแนนระดับความสามารถในการเผชิญความเครียด สรุปละคะแนนภาพรวม
5. ให้สมาชิกทบทวนสถานการณ์ความเครียด ผลกระทบ และการใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ผ่านมาตามกิจกรรมที่ 5/2
6. ให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 5/3 รูปแบบการเผชิญความเครียด โดยทบทวนการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และรูปแบบการเผชิญความเครียดที่ใช้บ่อยๆ สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็น
7. ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนสถานการณ์ความเครียดที่เคยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่างตามกิจกรรมที่ 5/4 มุ่งแก้ปัญหาให้ตรงจุด
8. ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียด และให้ความรู้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ตามสาระความรู้ที่ 5/2
9. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำกิจกรรมที่ 5/5 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

10. ส่งเสริมทักษะและสาธิตเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการนวดคลายเครียด ให้สมาชิกเลือกวิธีที่สนใจในการทำกิจกรรม
11. ผู้วิจัยแนะนำคู่มือการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
12. มอบหมายให้สมาชิกจดบันทึกการใช้วิธีเผชิญเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ในหน้ากิจกรรม บันทึก..เผชิญเครียด

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

1. สมาชิกสรุปความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด ผลดีผลเสียของรูปแบบการเผชิญความเครียด ประโยชน์และการนำไปใช้
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย
3. นัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

### ประเมินผล

สมาชิกสามารถประเมิน เลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สมาชิกสาธิตย้อนกลับ ทักษะการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมได้

### ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ (reappraisal)

#### กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

#### สาระสำคัญ

ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้ข้อมูลเข้ามาใหม่ ซึ่งเป็นการติดตามประเมินผลวิธีการปรับแก้ที่ใช้ไปแล้ว เพื่อพิจารณาว่ายังเป็นภาวะเครียดหรือไม่ ถือว่าเป็นการประเมินขั้นที่หนึ่งใหม่อีกครั้ง ทำให้การเผชิญความเครียดครั้งต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม กิจกรรมนี้เป็นการทบทวนความรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้ในแต่ละกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ซ้ำ
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจทักษะการเผชิญความเครียดและมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถอธิบายความรู้ในแต่ละกิจกรรมได้
2. สมาชิกบอกถึงผลดีผลเสียในการประเมินสถานการณ์ได้
3. สมาชิกแสดงสีหน้า ท่าทาง สนใจ ให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- กิจกรรมที่ 6/1 ทบทวนความรู้จากกิจกรรม
- กิจกรรมที่ 6/2 นำไปใช้อย่างไรให้ได้ผล
- Power point สรุปความรู้จากกิจกรรม
- แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
- แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท
- ปากกา

### ระยะที่ 1 ระยะเวลาสัมพันธภาพ

1. ผู้วิจัยชักทายสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิก พูดคุยทั่วไป ให้สมาชิกชักทายร่วมกัน แนะนำตนเอง เมื่อเข้าร่วมกลุ่ม แจ้งสมาชิกว่า วันนี้พบบันเป็นครั้งสุดท้ายของการทำกิจกรรม
2. ทบทวนกิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ ทบทวนความรู้ และการบ้านกิจกรรม บันทึกลง.. เผชิญเครียด

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนเนื้อหาการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมดที่ผ่านมา ให้ร่วมตอบคนละ 1 กิจกรรม
  2. แบ่งกลุ่มสมาชิกกลุ่มละ 2-3 คน ตามกิจกรรมที่ 6/1 สรุปความรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมาและร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม หลังสมาชิกนำเสนอ ผู้วิจัยสรุปประเด็นอีกครั้ง
- กลุ่มที่ 1 กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน (2 คน)
- กลุ่มที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์ ความรู้โรคจิตเภท ความรุนแรงและทักษะการดูแล (3 คน)
- กลุ่มที่ 3 ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (2 คน)
- กลุ่มที่ 4 เผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (3 คน)
2. กระตุ้นสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้ ผู้วิจัยสอบถามการนำความรู้และทักษะแต่ละกิจกรรมที่นำไปใช้ พูดคุยถึงความเหมือนหรือแตกต่างที่สมาชิกแต่ละคนนำไปใช้จากกิจกรรมที่ 6/2

3. ให้สมาชิกประเมินสถานการณ์ซ้ำ ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับกิจกรรม ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร มีการเผชิญความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมหรือไม่ โดยใช้กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน เพื่อประเมินซ้ำ

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

1. ผู้วิจัยสรุปประเด็นกิจกรรม ประโยชน์ที่สมาชิกสามารถนำไปใช้เมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
2. เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม
3. สิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยให้สมาชิกผู้ดูแลทำแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นอย่างไร
4. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง
5. ปิดกลุ่ม

### ประเมินผล

สมาชิกมีความรู้ในแต่ละกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ซ้ำได้ มีความเข้าใจทักษะการเผชิญความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยสามารถอธิบายความรู้ในแต่ละกิจกรรมได้ บอกถึงผลดีผลเสียในการประเมินสถานการณ์ซ้ำได้ แสดงสีหน้า ท่าทาง สนใจ ให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น

หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 6 กิจกรรม ผู้วิจัยกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลทำแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และประเมินผลการทดลองโดยให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

### 2.3 กำกับการทดลอง

หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 6 กิจกรรม ผู้วิจัยให้สมาชิกตอบคำถามเครื่องมือแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผลการประเมินพบว่า ผู้ดูแลทุกรายผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสม แสดงผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

คนที่	คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	ระดับ
1	2.75	เหมาะสม
2	2.83	เหมาะสม
3	2.92	เหมาะสม
4	2.67	เหมาะสม
5	3.00	เหมาะสม
6	3.58	เหมาะสม
7	2.58	เหมาะสม
8	2.67	เหมาะสม
9	3.00	เหมาะสม
10	3.08	เหมาะสม
11	2.92	เหมาะสม
12	2.67	เหมาะสม
13	3.08	เหมาะสม
14	3.08	เหมาะสม
15	3.00	เหมาะสม
16	3.00	เหมาะสม
17	3.17	เหมาะสม
18	2.67	เหมาะสม
19	3.08	เหมาะสม
20	3.08	เหมาะสม

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.17 และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.58 อยู่ในระดับที่เหมาะสม เป็นไปตามเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่า 2.50 คะแนน อยู่ในระดับเหมาะสม

### 3.การรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ช่วงวันที่ 26 - 29 เม.ย.61

1.2 หลังการประเมิน ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์  
ครั้งที่ 1 วันที่ 30 เม.ย.61 กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 - 10.45 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 - 14.45 น.  
ครั้งที่ 2 วันที่ 7 พ.ค.61 กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 - 10.45 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 - 14.45 น.  
ครั้งที่ 3 วันที่ 14 พ.ค.61 กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 - 10.00 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 - 14.00 น.  
ครั้งที่ 4 วันที่ 21 พ.ค.61 กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 - 10.00 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 - 14.00 น.

1.3 ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมครบ 6 กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 กำกับการทดลองทันที โดยวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ในวันที่ 21 พ.ค.61

1.4 เมื่อครบกำหนดการทดลอง สิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่า สิ้นสุดการดำเนินการวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการทดลองว่าจะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเมื่อกิจกรรมโปรแกรมเสร็จสิ้น เพื่อประเมินการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

1.3 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชขณะมารับบริการ ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-4 จะได้รับกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนพบแพทย์ การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามสภาพปัญหา วิธีการใช้ยา



อาการข้างเคียงจากการใช้ยา การให้ความรู้การจัดสิ่งแวดล้อม วิธีผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแล การนัดหมายและมาก่อนนัดเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และคำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.4 เมื่อโปรแกรมเสร็จสิ้นในสัปดาห์ที่ 4 แจกกลุ่มควบคุมสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกล่าวขอบคุณ

1.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. การเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

## สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มกับคะแนนคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ เปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 การเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

เพื่อให้เห็นคะแนนค่าเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นรายบุคคล ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

คนที่	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
1	24.00	15.00	25.00	29.00
2	21.00	13.00	28.00	26.00
3	31.00	26.00	29.00	35.00
4	38.00	33.00	27.00	29.00
5	38.00	35.00	25.00	22.00
6	29.00	24.00	25.00	28.00
7	30.00	24.00	18.00	22.00
8	29.00	20.00	28.00	26.00
9	27.00	17.00	24.00	24.00
10	24.00	22.00	18.00	19.00
11	27.00	19.00	30.00	33.00
12	23.00	18.00	26.00	27.00
13	25.00	23.00	26.00	24.00
14	27.00	17.00	18.00	21.00
15	25.00	12.00	25.00	28.00
16	26.00	20.00	23.00	20.00
17	21.00	15.00	32.00	35.00
18	22.00	13.00	21.00	24.00
19	23.00	16.00	27.00	25.00
20	26.00	20.00	28.00	30.00
$\bar{x}$	26.80	20.10	25.15	26.35
SD	4.76	6.18	3.93	4.62

จากตารางที่ 6 พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงทุกคน โดยค่าเฉลี่ยก่อน

ได้รับโปรแกรมเท่ากับ 26.80 และภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.10 ส่วนกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติมีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง 6 คน เพิ่มขึ้น 13 คน เท่าเดิม 1 คน โดย ค่าเฉลี่ยก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 25.15 ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 26.35 เมื่อเปรียบเทียบแล้วคะแนนไม่แตกต่างกันกับก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ เปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม (Dependent t-test)

เพื่อให้เห็นคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม (n=20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
การแสดงออกทาง อารมณ์ กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการ เผชิญ ความเครียดแบบ กลุ่ม	26.80	4.76	20.10	6.18	19	10.57	.000

จากตารางที่ 7 พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรม การเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญ ความเครียดแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง (Independent t-test)

เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับ การ พยาบาลตามปกติ		กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การเผชิญความเครียด แบบกลุ่ม		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การแสดงออกทาง อารมณ์						
ก่อนการทดลอง	25.15	3.94	26.80	4.76	1.19	.240
หลังการทดลอง	26.35	4.63	20.10	6.18	-3.62	.001

จากตารางที่ 8 แสดงได้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ทำการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (รัชนีศิริ ทาโต, 2551) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### คำถามการวิจัย

1. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันหรือไม่
2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

#### สมมติฐานการวิจัย

1. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิก จิตเวช รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช คุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน เนื่องจากโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เน้นการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ลดผลกระทบปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงให้ผู้ป่วยจิตเภทคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำแบบวัดการ แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อคัดผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมและทำแบบวัดเมื่อกิจกรรมเสร็จสิ้นเพื่อประเมินหลังได้รับโปรแกรม

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติมากที่สุดสามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดี คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อยที่สุด 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน (Polit & Beck, 2004) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ทำการจับคู่ (Matched Pairs) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อให้มีความเท่าเทียมกันในการวิจัยครั้งนี้เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

4. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
5. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 4) แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนจากวิจัยที่ผ่านมา



มาร่วมกับสภาพปัญหาการแสดงออกอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการเผชิญความเครียดผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดสติปัญญา เพื่อให้ความเครียดลดลง มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรก เป็นการประเมินสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ ว่ายังมีภาวะเครียดอีกหรือไม่หลังจากได้รับข้อมูลใหม่ โดยโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นมีเป้าหมายเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินการในรูปแบบกระบวนการกลุ่มโดยนำแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้โรคจิตเภท และทักษะการดูแล

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์

กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

2) แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ใช้แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท The Level of Expressed Emotion Scale (LEE) ตามแนวคิดของ Vaughn and Leff (1981) พัฒนาโดย Cold and Kazarian (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพัทธ์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค (2555) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 1 คำตอบคือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 60 ข้อ ได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .92 ซึ่งค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2553) และผู้วิจัยไม่ได้ตัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ เมื่อผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแล 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ .89

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) สร้างตามกรอบแนวคิดของ Jalowiec (1983) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ การศึกษาของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .80 เป็นค่ามาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Davis, 1992 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2553) และผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาทดลองกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ .82

### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

#### 2. ระยะเตรียมการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยศึกษาเนื้อหาในประเด็นที่ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ โดยได้ค้นคว้าวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

2.2 ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้แก่คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อพิจารณา

2.3 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทดลอง โดยประสานงานกับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา โดยส่งเรื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเพื่อขออนุมัติทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

2.4 ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง หลังจากได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานจิตเวช เพื่อขอความร่วมมือในการจัดดำเนินการศึกษา

2.5 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คัดเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ผลคะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป สามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาใน ครั้งนี้ แจกนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงานตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบ กลุ่ม

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 **กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลตามปกติจากการมารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนก ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช และขณะติดตามเยี่ยมบ้านของ โรงพยาบาล ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-4 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และคำแนะนำ ตามสภาพปัญหาของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มการทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

2.3 **การกำกับการทดลอง** ผู้วิจัยกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้น กิจกรรมที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่ง แก้ปัญหา

## 3. การรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบ คำถามตามแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์

3.2 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม สิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครบ 6 กิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณ ผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดำเนินการดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงหาค่าความถี่และร้อยละ
2. เปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. เปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. การแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุปได้ว่า** ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุปได้ว่า** ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้จำแนกการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอนดังนี้

### ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 40 คน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75.00 และ 80.00 ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 55.00 ตามลำดับ รองลงมาคือพี่ คิดเป็นร้อยละ 25.00 เท่ากัน และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.00 และ 70.00 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเท่ากัน คิดเป็น ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 35.00 ตามลำดับ สำหรับอาชีพในกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 20.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 25.00 ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวพบว่ากลุ่มทดลองมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมรายได้ไม่เพียงพอคิดเป็น ร้อยละ 45.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังมีระยะเวลาการดูแลใกล้เคียงกัน คือ 5.70 และ 5.55 ปี ตามลำดับระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 85.00 และ 90.00 ตามลำดับ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์เป็นมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ Addington, McCleery, & Addington (2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ดูแล นพรัตน์ ไชยขำนิ (2545) พบว่าในประเทศไทยผู้ป่วย จิตเภทส่วนใหญ่ก็อาศัยอยู่กับผู้ดูแลด้วยเช่นกันร้อยละ 70 เป็นบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลในครอบครัว แสดงให้เห็นถึงความผูกพันของมารดา Caqueo-Urizar et al. (2006) พบว่ามารดาที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลลูกซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภท ภาระการดูแลส่วนใหญ่จะอยู่ที่มารดาทำให้ส่งผลกระทบต่อทางลบต่อการดำเนินชีวิตแม้ว่าจะมีการแบ่งเบาภาระไปให้ผู้อื่นก็ตาม ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวส่วนใหญ่พบว่าไม่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งพบว่าสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ (ภรดี ไชยสิน, 2545) เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์การตอบสนองต่อการดำรงชีวิต ซึ่งผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Left et al. (1987) พบว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงโดยมากมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จากข้อมูลผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะเวลานาน การศึกษาของ Doornbos (2002) พบว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ ความเครียด รู้สึกเป็นภาระ วิธีชีวิต

ผู้ดูแลเปลี่ยนไปมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตลดลง รวมถึงระยะเวลาเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดง รวมถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่าการเผชิญหน้ามากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป ผู้ดูแลจะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงโดยเฉพาะการผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Boye et al., 1999)

## ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ก่อนและหลังการทดลอง

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ ดังรายละเอียดดังนี้

1. จากผลการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาที่พบดังนี้

โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ได้ใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ และส่งผลกระทบต่อความผาสุก ซึ่งการเผชิญความเครียด เป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการทั้งภายนอกและภายในเฉพาะอย่าง ที่ถูกประเมินว่ามีมากกว่าทรัพยากรบุคคล บุคคลจะประเมินผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล 3 ขั้นตอน เพื่อประเมินสถานการณ์ ค้นหาแนวทางแก้ไขจากแหล่งประโยชน์ และประเมินซ้ำว่าสถานการณ์ยังคงเป็นภาวะเครียดอยู่หรือไม่หลังได้รับการแก้ไข เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง สาเหตุมาจากการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall & Docherty (2000) พบว่า การเผชิญกับอาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเครียดกับการเปลี่ยนแปลง โดยผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำ ผู้ดูแลที่ขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาส่งผลทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Karanci & Inandilar, 2002) ขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย (Brooker, 1990) มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เพียงพอ (Hoolly, 2007) ซึ่งเมื่อได้รับการส่งเสริมในเรื่องดังกล่าว โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน ทำให้รับฟังปัญหาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ลดความตึงเครียด ช่วยให้มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการได้รับความรู้จากการประเมินทางความคิดของบุคคล เพื่อประเมินสถานการณ์ความเครียดและหาสาเหตุเพื่อแก้ไขจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับความรู้และส่งเสริมทักษะตามกิจกรรมในโปรแกรมมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่า

ก่อนการทดลอง การศึกษาของ King et al. (2003) พบว่า ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีการเผชิญความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ดังนั้นการได้รับโปรแกรมจะช่วยให้ส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทได้ ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมรูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) จัดกระทำต่อการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม เป็นกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งการใช้โปรแกรมจะทำให้เพิ่มทักษะการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังนี้

ผู้วิจัยได้การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติมากที่สุดสามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดี คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อยที่สุด 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน (Polit & Beck, 2004) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ทำการจับคู่ (Matched Pairs) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อให้มีความเท่าเทียมกันในการวิจัยครั้งนี้เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนจากการวิจัย ค่าคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์สูงภายหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มนำไปสู่ การแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง โดยผู้วิจัยขออภิปรายกระบวนการที่มีผลต่อการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

### **ขั้นตอนที่ 1 การประเมินขั้นแรก (primary appraisal) ประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์**

#### **กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด**

กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพของผู้วิจัยกับผู้ดูแล และทบทวนสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เพื่อส่งผลให้เกิดความร่วมมือ มีแรงจูงใจในดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552)พบว่าสมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เปิดเผยข้อมูลสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในลักษณะที่คล้ายกัน การได้รับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการประเมินทางความคิด ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ ส่งผลให้สมาชิกตระหนักถึงการ

เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้เหมาะสมต่อไปได้ การที่สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ทำให้เกิดบทบาทของการเป็นผู้ดูแลเสริมสร้างทัศนคติที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Grandon (2008) ที่ว่าการรับฟังจากผู้ดูแลสมาชิกในกลุ่มด้วยตนเองเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ดีที่จะทำให้มีการประคับประคองทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกรู้สึกว่ามีภาระ ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์

## **กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท**

ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ปัญหาในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน Tan et al.(2012) พบว่า การรับบทบาทดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยระยะเวลานาน ทำให้เกิดผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย ประเมินความเครียดต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองทั้งน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง หรือหรือการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ หลังจากได้รับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด เพื่อหาวิธีแก้ไขต่อไป

การดำเนินกิจกรรมสมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม สรุปสถานการณ์ความเครียดผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

## **ขั้นตอนที่ 2 การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) ประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์**

### **กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้โรคจิตเภท และทักษะการดูแล**

ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแล ทำให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่สามารถกระทำได้ การได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแล เป็นการเตรียมความพร้อมในทักษะการเผชิญความเครียด ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Marsh & Johnson (1997) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท จะมีการเผชิญเครียดไม่เหมาะสมส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งควรได้รับทักษะความรู้ดังกล่าว

### **กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ**

ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม Kuipers (2006) พบว่าการแสดงออกด้วยการวิพากษ์วิจารณ์แสดงท่าที่ไม่เป็นมิตรทำให้ผู้ป่วยเครียดและเกิดการป่วยซ้ำได้ จึงได้จัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เน้นการสื่อสาร ทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เปรียบเทียบการสื่อสารบวกและทางลบ แสดงบทบาทสมมติเพื่อฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารเป็นการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง



สอดคล้องกับการศึกษาของ Nasr & Kausar (2009) พบว่าการส่งเสริมทักษะการสื่อสารให้กับผู้ดูแลช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งจะส่งผลลดการแสดงออกทางอารมณ์ได้

### **กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์**

กิจกรรมฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ การเผชิญความเครียด เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสถานการณ์ความเครียด โดยการประเมินแหล่งประโยชน์ที่สามารถนำมาจัดการกับความเครียดให้ลดลงได้ รูปแบบการเผชิญความเครียดที่บุคคลจะเลือกวิธีต่างๆ เพื่อจัดการกับความเครียดมี 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ พบว่าบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่า การหาสาเหตุวิธีการแก้ไขที่ปัญหา จึงทำให้ความเครียดลดลงได้เพียงระยะสั้นไม่ได้จัดการที่ปัญหาโดยตรง ซึ่งวิธีที่จะทำให้ได้ผลดีคือ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองรูปแบบร่วมกันทำให้เกิดทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Karanci and Indialar (2002) พบว่า การขาดทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้ กิจกรรมจะช่วยให้ผู้ดูแลได้ความรู้การเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ โดยทบทวนจากประสบการณ์แลกเปลี่ยนในกลุ่มร่วมค้นหาการแก้ไข และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากสถานการณ์ตัวอย่าง มุ่งเน้นส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและเลือกวิธีมุ่งปรับอารมณ์ ฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์

### **ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ (reappraisal)**

#### **กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ**

ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้สมาชิกภายในกลุ่มประเมินว่ายังมีความเครียดหรือไม่ ทบทวนจากกิจกรรมที่ผ่านมา เป็นการทบทวนความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแล เพื่อให้มีการเผชิญความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม

โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของ Marram (1987) โดยใช้กระบวนการแบบกลุ่มตามระยะพัฒนา กลุ่ม ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้มีสัมพันธ์ภาพร่วมกันในกลุ่ม ไว้วางใจซึ่งกันและกัน บรรยากาศสร้างมิตรภาพ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กล้าเปิดเผยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ในระยะดำเนินการ เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนร่วมแก้ปัญหา เข้าใจซึ่งกันและกันเนื่องจากมีปัญหาที่คล้ายกัน การให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากกิจกรรม ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สามารถประเมินสรุปความเปลี่ยนแปลงและการนำไปใช้ จากการดำเนินกิจกรรมทบทวนสมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็น ทบทวนความรู้ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมสามารถดำเนินได้จนครบกระบวนการจนสิ้นสุดการทำกลุ่ม เนื่องจากมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันใน

กลุ่ม ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง

สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามสภาพปัญหารายบุคคล วิธีการใช้ยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วย การให้ความรู้การจัดสิ่งแวดล้อมและวิธีการคลายเครียดของผู้ดูแล อาจเป็นการดูแลที่รูปแบบไม่ชัดเจนนัก เนื่องด้วยระยะเวลาอาจจำกัดในการให้ข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงขาดแรงจูงใจในการดูแลต่างกับการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการเผชิญเครียดแบบกลุ่ม (The effect of coping group program) ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1987) ส่งผลลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเผชิญเครียดแบบกลุ่ม ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภทที่ผู้ป่วยเป็น เรียนรู้ทักษะการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การได้รับความรู้กระบวนการประเมินทางความคิดของตนเอง เพื่อประเมินสถานการณ์ความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทและสามารถค้นหาสาเหตุของปัญหา การค้นหาแนวทางเพื่อจัดการกับความเครียดโดยประเมินแหล่งประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์ ประเมินสถานการณ์ทบทวนซ้ำหลังจากได้รับการแก้ไขซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาคำชี้แจงโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะและความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัด ซึ่งจะทำให้การนำโปรแกรมไปใช้ให้พยาบาลมีประสิทธิภาพมากที่สุด

1.2 ควรมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการทำโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม

1.3 ควรมีการนำเทคโนโลยีมาประกอบการใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มตามความเหมาะสม

#### 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลได้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพการนำการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมาใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาลทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2 ส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ทางด้านนำการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมาใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย แก่นักศึกษาพยาบาลและพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง หลังการดำเนินกิจกรรม เป็นระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงเมื่อกลับไปเผชิญปัญหาและสามารถช่วยเหลือได้เหมาะสม

2. การนำโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยอื่นๆ ว่ามีผลลดการแสดงออกทางอารมณ์ได้หรือไม่

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- ชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพัทธ์ อุทิศและรัชนีกร เกิดโชค. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH)*, 26(3), 13.
- จอม สุวรรณโน.(2541).ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง.*วารสารพยาบาลศาสตร์*. 7(3):147-154.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2546). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิดารัตน์ พิมพ์ดีด.(2547).กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา จักรปิง. (2552). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทยภาคกลาง. *รายงานการวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2552). ปัจจัยทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 3(2):42-56.
- ตวงรัตน์ แซ่เตียว.(2546).ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัตชญา สมประดิษฐ์. (2558). ปัจจัยทำนายนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH)* 29(2):89-102.

- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2552). การรักษาทางจิตสังคม. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2545). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทวิช สิริธรรักษ์และคณะ (2558). โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น. *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. หน้า 365-372. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาสน์ไทยการพิมพ์.
- นาถนภา วงษ์ศิลป์. (2555). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว.(2544).*การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพลิน โพธิ์สุวรรณ และคณะ. (2544).องค์ความรู้ที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน.*เอกสารประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข*.โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ภรดี ไชยสิน. (2545). *การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท:กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน*.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มยุรี กลีบวงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาสลักษณ์ ชวัลลสี, นันทิกา ทวิชาชาติ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 15(1):57-75
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน.(2545).สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว.*วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 9(3):113-127
- มัลลิกา จันท์เพ็ญ. (2557). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มัลลิกา สิงห์สุริยะ.(2547).*การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล:กรณีศึกษา*.
- วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.  
 มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* กรุงเทพฯ ภาควิชาจิต  
 เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* กรุงเทพฯ ภาควิชาจิต  
 เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4)*  
 กรุงเทพฯ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ.(2543).*สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539).*ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย.รามาธิบดีเวชสาร*.  
 20(1).41-46
- รัตน์ศิริ ทาโต.(2552).*การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*.พิมพ์ครั้งที่ 2.  
 กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา พันจุย.(2555).*ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา  
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
 และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.(2560).*ข้อมูลสถิติผู้ป่วยจิตเวช*. ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาล  
 มหาราชนครศรีธรรมราช.
- วันดี สุขโตศรี. (2539). *ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลของผู้ดูแล  
 ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ  
 พยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- เวนิช บุราชรินทร์ (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทใน  
 ชุมชน. *วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 24-37
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์.(2549).*แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม.วารสารพยาบาลศาสตร์  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.13(5):1-11.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์ และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2547).ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลัง  
 อำนาจและสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.*วารสารการ  
 พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 18(2): 85-97

- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ.(2546).การมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว.วารสารสมาคมพยาบาลสาขา  
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.22(2).(พ.ค.-ส.ค.):32-35.
- สมพร รุ่งเรืองกิจและคณะ(2547).รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน.ขอนแก่น:  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2553). *คู่มือจิตเวชคลินิก*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภาพ เรื่องตระกูล.(2544).ตำราจิตเวช.พิมพ์ครั้งที่6.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์เรือนแก้ว
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถใน  
การดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพจิต (กรม) กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการหน่วยงานสังกัดกรม  
สุขภาพจิต*. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว.(2545).*การพยาบาลจิตเวช*.พิษณุโลก:รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตถะ.(2541). *ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการ  
ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช*.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545).*ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล  
พระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช,  
คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชา แซ่มซ้อย. (2550). *ผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดจากการดูแลของ  
ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ  
ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* .พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ: บริษัท  
วี พริน (1991)จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัยและพีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย. (2553). *การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรค  
ซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ:ธนาเพรส.
- เอมิกา กลยณี.(2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การ  
ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ  
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา.(2543).*ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Addington, J., McCleery, A., & Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79(1), 107-116.
- Boye, B., Bentsen, H., Notland, T., Munkvold, O., Lersbryggen, A., Oskarsson, K., . . . Lingjaerde, O. (1999). What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(1), 35-43.
- Baker, A.F. 1989. *Living with a chronically ill, Schizophrenia*. *Journal of Psychosocial Nursing* 27(1):31.
- Brown, G. W., Birley, J., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *The British Journal of Psychiatry*.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55(6), 547-552. doi: 10.1001/archpsyc.55.6.547
- Campbell, R. L. (2001). Predictors of caregiver burden over a three month period following hospitalization of the patient.
- Chien, W.-T., Norman, I., & Thompson, D. R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 41(6), 637-649. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.01.010>
- Caqueo-Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), 719-724. doi: 10.1007/s11136-005-4629-2
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of expert. *Applied Nursing Research*, 5: 104-107.



- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- González-Blanch, C., Martín-Muñoz, V., Pardo-García, G., Martínez-García, O., Álvarez-Jiménez, M., Rodríguez-Sánchez, J. M., . . . Crespo-Facorro, B. (2010). Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: a prospective observational study. *The Spanish journal of psychology*, 13(01), 389-395.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 5(2), 194-246
- Hall, M. J., & Docherty, N. M. (2000). Parent Coping Styles and Schizophrenic Patient Behavior as Predictors of Expressed Emotion\*. *Fam Process*, 39(4), 435-444.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 329-352.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). Kaplan and Sadock synopsis of psychiatric (8th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Karanci, N. A., & inandilar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 80-88. doi: 10.1007/s127-002-8219-1
- Kazadi, N., Moosa, M., & Jeenah, F. (2008). Factors associated with relapse in schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry*, 14(2), 52-62.
- King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., & Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 117(3), 211-222. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00018-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00018-0)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.
- Leff, J., Wig, N., Menon, D., Bedi, H., Kuipers, L., Ghosh, A., . . . Jablensky, A. (1987). Expressed Emotion and Schizophrenia in North India: III. Influence of Relatives' Expressed Emotion on the Course of Schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151(2), 166-173.
- Ip GS, Mackenzie AE.(1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: the experience of family carers in Hong Kong. *Arch Psychiatr Nurs* 12: 288-94.

- Marsh, D. T., & Johnson, D. L. (1997). The family experience of mental illness: implications for intervention. *Professional Psychology: research and practice*, 28(3), 229.
- Mondal, A., & Mishra, D. (2015). Expressed Emotion and Coping Strategies in the Caregivers of Schizophrenia Patients. *Journal of Contemporary Psychological Research ISSN*, 2(2), 2.
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 19-26.
- Phanthunane, P., Vos Theo, Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8, 24.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raune, D., Kuipers, E., & Bebbington, P. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *The British Journal of Psychiatry*, 184(4), 321-326.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2007). *Concise textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Scazufca, M., & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 168(5), 580-587.
- Schreiber, J. L., Breier, A., & Pickar, D. (1995). Expressed emotion. Trait or state? *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 647-649.
- Sonpaveerawong, J. (2002). *Strategies used by schizophrenic patients to cope with stress in their daily living : a study at Somdet Chaopraya hospital*. Master of Nursing Science Thesis of Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing Mahidol University.
- Swofford, C. D., Kasckow, J. W., Scheller-Gilkey, G., & Inderbitzin, L. B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20(1), 145-151.

- Kanungpairn, T. , Sitthimongkol, Y. , Wattanapailin, A. and Klainin, P. (2007), Effects of a symptom management program on auditory hallucinations in Thai outpatients with a diagnosis of schizophrenia: A pilot study. *Nursing & Health Sciences*, 9: 34-39.
- Tan, S. C. H., Yeoh, A. L., Choo, I. B. K., Huang, A. P. H., Ong, S. H., Ismail, H., . . . Chan, Y. H. (2012). Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2410-2418. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04174.x
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, C., De Hert, M., Pieters, G., & Storms, G. (2002). Expressed emotion: A review of assessment instruments. *Clinical Psychology Review*, 22(3), 321-341.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 43.
- WHO. (1992). *The icd-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder : Clinical description and Diagnostic Guidelines*. Geneva; World Health Organization. .
- WHO. (2015). Schizophrenia. Retrieved September,30,2015 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
- Wilson, H.S., and Kneisl, C.R. (1996): *Psychiatric Nursing*, 5th edition, Benjamin, Caummings Publishing Com. Bonn, Paris. Pp 18- 26.
- Yager LH.2003.Causal Attributions Expressed Emotion and Patient Relapse :Recent finding and application to Chinese societies. *Hongkong Journal Psychiatry* .13:16-25.





## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
1. นายแพทย์จตุภัทร คุณสงค์	จิตแพทย์ ชำนาญพิเศษจิตเวชศาสตร์ ประจำศูนย์จิตรักษ์ โรงพยาบาลกรุงเทพ
2. ผศ.ดร.จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์	อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. นางนิศารัตน์ นรสิงห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ อาจารย์หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
4. นางช่อกิ่ง แวศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) หน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
5. นางมะลิกา บำหราม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Administration Office  
No. 641/2560  
Date. 29 กย 60  
Receiver.....

ที่ ศธ 0512.11/ 1624



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕ กันยายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ จตุภัทร คุณสงค์ จิตแพทย์ ประจำศูนย์จิตร์รักษ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แพทย์หญิงเมธินี โหมแพง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

นายแพทย์ จตุภัทร คุณสงค์ < แพทย์จิตร์รักษ์ >  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-1153  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์ โทร. 08-7894-8307

ที่ ศร 0512.11/ 3031



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราภรณ์ เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์


สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ รอดคำดี โทร. 0-2218-1153  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์ โทร. 08-7894-8307



1

ที่ ศธ 0512.11/3031



โรงพยาบาลทหารอากาศธรรมราช  
รับที่ 4182  
วันที่ 19 มิถ 60  
เวลา 12.52

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารอากาศธรรมราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

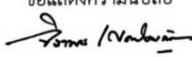
**กลุ่มพัฒนา**  
รับที่ 2185  
วันที่ 20 ต.ธ. 2560  
เวลา 11.50

เนื่องด้วย นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. แพทย์หญิง สกุรัตน์ โอมาก นายแพทย์ชำนาญการ จิตแพทย์
2. นางช่อกิ่ง แววคักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)
3. นางมะลิกา บหฺราม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

**เรียน หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**  
เพื่อโปรดทราบและเห็นควรแจ้งเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ  
  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน  
จิราพร  
คช  
20/11/60

19 ต.ธ. 2560  
17.54.60

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง สกุรัตน์ โอมาก, นางช่อกิ่ง แววคักดี และนางมะลิกา บหฺราม  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-1153  
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-1153  
นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์ โทร. 08-7894-8307

หมายเหตุ : ลำดับที่ 1 ติดภารกิจ ลำดับที่ 2-3 อนุมัติตามหนังสือ



## การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

## 1. แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.893	60

## 2. แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.			

## Reliability Statistics

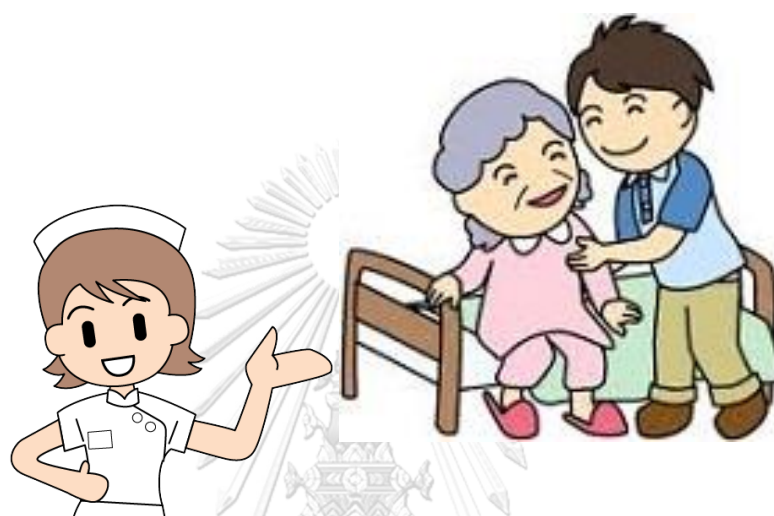
Cronbach's Alpha	N of Items
.820	12

## แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

	Item-Total Statistics			
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ท่านยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย	28.53	22.395	.512	.803
ท่านแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทีละประเด็น	28.57	22.668	.462	.808
ท่านพยายามควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลาม	28.73	23.237	.449	.809
ท่านใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับความเครียด	28.83	24.764	.272	.821
การทำอะไรบางอย่างจะช่วยลดความเครียด	28.50	22.259	.709	.790
ท่านสามารถคิดริเริ่มงานได้ในขณะที่เกิดความเครียด	29.07	23.720	.428	.810
ท่านขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อท่านแก้ปัญหาเองไม่ได้	29.13	22.189	.559	.799
ท่านเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมที่สุดในการจัดการกับปัญหา	28.57	22.944	.606	.798
ท่านหาวิธีหลายๆวิธีในการจัดการกับความเครียด	29.07	21.306	.502	.806
ท่านนำประสบการณ์เดิมมาจัดการกับความเครียด	28.73	22.340	.443	.811
การได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ท่านจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น	28.80	25.614	.114	.833
ท่านได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับบุคคลอื่น	28.50	21.845	.715	.788



คู่มือโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม  
เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
( สำหรับพยาบาล )



โดย

นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์

รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม**  
**เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

**ขั้นตอนที่ 1 การประเมินขั้นแรก (primary appraisal) ประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์**

**กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด**

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ข้อปฏิบัติ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1

1. สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัย และสมาชิกภายในกลุ่มด้วยตนเอง
2. สมาชิกสามารถบอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ข้อปฏิบัติ เวลาในการทำกิจกรรม
3. สมาชิกสามารถอธิบายกระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอนได้

**สาระสำคัญ**

**การสร้างสัมพันธภาพ** เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้วิจัยได้มีสัมพันธภาพร่วมกันกับผู้ดูแลและสมาชิกในกลุ่มด้วยตนเอง โดยสื่อสารผ่านภาษา ท่าทางเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างกัน ผู้วิจัยยอมรับในสมาชิกกลุ่ม สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง พูดคุยชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายการทำกิจกรรม รูปแบบกิจกรรม ข้อปฏิบัติในการทำกิจกรรม ระยะเวลา สถานที่ในการเข้าร่วม ประโยชน์หลังจากทำกิจกรรม สร้างแรงจูงใจความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรม และส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน

ให้ความรู้ในกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินขั้นแรก การประเมินขั้นที่สอง และการประเมินซ้ำ ร่วมกับการเรียนรู้การประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นกัน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจกระบวนการประเมินทางความคิดจากความรู้ที่ได้รับ และประเมินจากสถานการณ์ที่ผ่านมาให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น

**สื่อและอุปกรณ์**

- Power point 1/1 กระบวนการประเมินทางความคิด



- Power point 1/2 ข้อตกลงการเข้าร่วมกิจกรรม
- คู่มือการเผชิญความเครียดเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- สารระความรู้ที่ 1/1 กระบวนการประเมินทางความคิด
- กิจกรรมที่ 1/1 สัมพันธภาพระหว่างกัน
- กิจกรรมที่ 1/2 สถานการณ์กับการประเมินทางความคิด
- ละคร/ปากกา/ปากกาเคมี
- ป้ายชื่อคล้องคอ

### ประเมินผล

#### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

สมาชิกให้ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มด้วยตนเอง สังเกตมีสีหน้ายิ้มแย้ม ท่าทางเป็นกันเองอ่อนโยนเป็นมิตร พฤติกรรมสนใจ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม เปิดเผยข้อมูลของตนเองได้บางส่วน กล้าแสดงความรู้สึก บรรยายภาคภูมิใจเป็นกันเอง สามารถตอบคำถามกับผู้วิจัย และระหว่างผู้ร่วมวิจัยด้วยกันเอง ช่วงแรกสมาชิกบางคนยังไม่กล้าพูด ผู้วิจัยช่วยกระตุ้นคำถามให้สมาชิกมีส่วนร่วมทำกิจกรรม ยกตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“วันนี้ก็สบายดีครับ เดินทางมากับมอเตอร์ไซด์ที่บ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาล แยกหัวถนนแถวนี้”

“ซัปรถยนต์มาคะ มาคนเดียว” “นั่งรถโดยสารมาคะ”

สมาชิกสอบถามพูดคุยด้วยกันเองว่า

“แล้วบ้านอยู่แถวไหน” “ทำอาชีพอะไร บ้านอยู่แถวไหน”

สมาชิกเขียนชื่อที่อยากให้อีกกลุ่มเรียกที่ป้ายชื่อ และกล่าวแนะนำตัวเอง เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวบางส่วนแก่สมาชิกในกลุ่ม

“ชื่อเมฆครับ เป็นพี่ชายดูแลน้องชายเป็นจิตเภท”

“ชื่อจรรยา เป็นแม่ทำงานขายของอยู่ที่บ้าน”

สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกที่เข้าร่วมกิจกรรมวันแรก

“ยังไม่เคยเข้าร่วมกลุ่ม ดีเหมือนกันจะได้รู้ว่าต้องทำอะไรเกี่ยวกับการดูแลคนไข้มากขึ้น”

“เคยเข้าร่วมกลุ่มอื่น แต่แบบนี้ยังไม่เคยเข้ากลุ่ม”

“ดีใจที่มีพยาบาลให้ความรู้ ทำกลุ่มนี้ขึ้นมา ของโรงพยาบาลไม่มีการทำกลุ่มญาติมีแต่ให้คำปรึกษาสอบถามเวลามาโรงพยาบาล”

หลังทำกิจกรรมที่ 1/1 สัมพันธภาพระหว่างกัน (ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย) ร่วมแลกเปลี่ยน ยกตัวอย่างดังนี้

“ดูแลมา 4 ปี รู้สึกสงสารผู้ป่วยอยากให้อาการดีขึ้น บางครั้งเขาก็อยากให้ดูแลใกล้ชิด บางครั้งเขาก็ไม่อยากจะดูแล ขึ้นอยู่กับอาการ”

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิก รับทราบข้อปฏิบัติ ข้อตกลง ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมดี สมาชิกสามารถพูดทบทวนบอก วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ข้อปฏิบัติ เวลาในการทำกิจกรรมได้ หลังจากผู้วิจัยให้ความรู้กระบวนการ ประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน รวมถึงความเครียดใน 3 ลักษณะ แลกเปลี่ยนสถานการณ์ในกลุ่มถึง ประสบการณ์ความเครียดในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ยกตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“บางทีก็เครียดนอนก็เดินไปเรื่อยเวลาไม่กินยา บางทีผมด่าบ้างเวลาโกรธเขา”

“ลูกเบื่อกินยา บางทีขาดยา อธิบายแล้วไม่เข้าใจ เครียดบ้าง”

“เมื่อก่อนมีบ้างที่เขาพูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว บางทีก็นั่งไม่ทำอะไร เราก็กว่าบ้าง”

“เครียดนิดหน่อยบางทีก็ต้องระวังอารมณ์ตัวเองไม่ให้ใส่อารมณ์มากเกินเวลาพูดกัน”

ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับจัดการความเครียดขณะมีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น เพื่อให้ ความเครียดลดลงได้อย่างไร ตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ดังนี้

“ก็แล้วแต่ว่าเรื่องอะไร ที่เรื่องยากก็ค่อยๆ อธิบายให้เขาฟังว่ามันจำเป็น”

“ปรึกษาหมอ พยาบาลบ้างว่าจะต้องทำอะไรเพราะเขาไม่ยอมนอน”

“อารมณ์ ความเครียดของเราก็หาอะไรทำผ่อนคลาย ทำงานจะได้ไม่ต้องคิดมาก”

หลังจากที่สมาชิกได้พยายามจัดการกับความเครียดโดยใช้วิธีการที่ผ่านมา สอบถามว่า ความเครียดถูกกำจัดออกไป ลดลงหรือยังคงมีอยู่ และเริ่มประเมินจากขั้นที่หนึ่งใหม่ เพื่อเลือกใช้ วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสม และกำจัดปัญหาได้

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มด้วยตนเอง สังเกตมีสีหน้ายิ้มแย้ม ทำทางเป็นกันเอง สามารถทบทวนบอกวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ข้อปฏิบัติ เวลาในการทำกิจกรรมและ การนัดหมายครั้งต่อไปได้ รวมถึงสามารถอธิบายกระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอนได้ หลังจากทำกิจกรรมตามคู่มือ และการใช้แผนภาพประกอบการอธิบาย

## กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินความเครียดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองเมื่อมีสถานการณ์ความเครียดและผลกระทบ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2

1. สมาชิกสามารถบอกถึงสถานการณ์ความเครียดจากปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
2. สมาชิกสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดกับตนเองและผู้ป่วยหลังจากมีความเครียดได้

### สาระสำคัญ

ประเมินความเครียดจากปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินสถานการณ์ที่คิดว่าเป็นความเครียด ผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย ประเมินสถานการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของตนเอง ทั้งน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง หรือการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ หลังจากได้รับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม สรุปสถานการณ์ความเครียด ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### สื่อและอุปกรณ์

- คู่มือการเผชิญความเครียด (สำหรับผู้ดูแล)
- สาระความรู้ที่ 2/1 ความเครียดคืออะไร
- สาระความรู้ที่ 2/2 ความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์
- กิจกรรมที่ 2/1 สสำรวจความเครียดกันเถอะ
- กิจกรรมที่ 2/2 เครียดแล้วเป็นอย่างไร
- กิจกรรมที่ 2/3 ความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์
- Power point ความเครียดคืออะไร

### ประเมินผล

#### ระยะที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มทักทาย ยิ้มแย้ม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้วิจัยสอบถามความรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมา สมาชิกสามารถตอบได้มีความพร้อมต่อการทำกิจกรรมต่อไป

## ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด สอบถามสถานการณ์ความเครียดเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 1 สถานการณ์ และทบทวนการประเมินว่าเป็นความเครียดในลักษณะใด ตามกิจกรรมในคู่มือ สมาชิกแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน ซึ่งมีการให้ข้อมูลหลายสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป เช่น “เมื่อก่อนลูกไม่ชอบกินยา ไม่ยอมรับว่าตัวเองป่วย” “น้องชายชอบเดินตอนกลางคืน ต้องเฝ้าระวัง” “บางครั้งเป็นอารมณ์ของเราเองที่เครียดมาจากเรื่องอื่นพอกุญกับลูกก็ทำให้อารมณ์เสีย เครียดเข้าไปอีก” “ตอนแรกที่เป็นลูกไม่ค่อยเชื่อฟัง ไม่ยอมกินยา แต่พอมาหาหมอบอกจะกินดี พอกลับบ้านก็ไม่ค่อยเชื่อ” สมาชิกสามารถแยกลักษณะของความเครียดได้ใน 3 ลักษณะ ได้แก่ อันตราย คุกคาม และทำทนาย โดยผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมจาก Power point ความเครียดคืออะไร และความรู้ในคู่มือ เช่น “เวลาน้องชายไม่ยอมนอน ผมก็กลัวว่าจะลุกเดินไปไหนหรือออกจากบ้านเราก็เป็นกังวล เป็นความเครียดแบบคุกคามครับ” “คิดว่าลูกเป็นได้ก็หายได้อย่างน้อยก็อาการดีขึ้น น่าจะเป็นความเครียดแบบทำทนาย เราน่าจะรับมือได้” “วันก่อนช่วงที่ไม่ยอมกินยาถึงมีดไล่ฟันบอกว่ามีคนจะทำร้าย ลูกคนโตโดนฟันแต่ไม่มาก ตอนนั้นเราก็เครียดมาก คิดว่าเป็นแบบอันตราย”

จากกิจกรรมผู้วิจัยสอบถามเมื่อเครียดแล้วมีการตอบสนองด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรมอย่างไร สมาชิกแสดงความคิดเห็นแตกต่างกัน เช่น หงุดหงิด คิดมาก วิตกกังวล นอนไม่หลับ ทำหน้าเครียดบึ้งตึง หน้าหัวคิ้วขมวด พูดเสียงดัง ผู้วิจัยเสริมให้ความรู้ว่สิ่งที่สมาชิกตอบเป็นการตอบสนองที่เกิดจากความเครียดส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆ โดยบุคคลจะประเมินความเครียด เกิดการตอบสนองเพื่อปรับตัวอย่างเหมาะสม ซึ่งหากมีการเผชิญความเครียดที่ไม่ดีจะทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง

ผู้วิจัยให้ความรู้ความเครียดกับการแสดงออกทางอารมณ์ และยกสถานการณ์ที่ผู้ป่วยตอบข้างต้นมาทบทวนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านต่างๆ เช่น น้ำเสียง สีหน้า คำพูด และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยน เช่น “น้ำเสียงดูหงุดหงิด พูดใส่อารมณ์ ไม่ยิ้มแย้ม ทำหน้าเครียด รู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วยแต่ก็อยากที่จะให้ผู้ป่วยทำตามที่เราต้องการได้” “อยากให้กินยาให้ตรงเวลาพูดไม่ค่อยเข้าใจ เวลาแบบนี้เราก็จะรู้สึกเครียดไปด้วยเพราะอาการเป็นซ้ำได้” ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้านต่างๆ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทได้

## ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

สมาชิกประเมินผลสถานการณ์ที่เป็นความเครียดจากการปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทได้ สามารถระบุถึงการแสดงออกทางอารมณ์เมื่อมีความเครียด สมาชิกมีสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมสนใจในการทำกิจกรรม ร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม

## ขั้นตอนที่ 2 การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) ประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์

กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้โรคจิตเภทและทักษะการดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถประเมินแหล่งประโยชน์และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการเบื้องต้น
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3

1. สมาชิกสามารถระบุแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ได้
2. สมาชิกอธิบายความรู้เรื่องโรคจิตเภทสาเหตุ อาการ และการรักษาได้
3. สมาชิกอธิบายความรู้เรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นได้
4. สมาชิกอธิบายลักษณะอาการเตือนและทักษะการดูแลได้

สาระสำคัญ

แหล่งประโยชน์ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากเมื่อบุคคลประเมินแหล่งประโยชน์ที่สามารถกระทำได้หรือเลือกขอความช่วยเหลือได้ในชุมชนจากบุคคลหรือหน่วยงาน จะเป็นการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร อุปกรณ์ การเงิน การประกอบอาชีพ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้

การได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ ความรุนแรงและการรักษา ยาและอาการข้างเคียง อาการเตือน ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลควรรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการดูแลด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น เป็นการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการเผชิญความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ส่งผลทำให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

สื่อและอุปกรณ์

- คู่มือการเผชิญความเครียด (สำหรับผู้ดูแล)
- สาระความรู้ที่ 3/1 แหล่งประโยชน์
- สาระความรู้ที่ 3/2 ทำความรู้จักโรคจิตเภท

- สารระความรู้ที่ 3/3 ยา กับ จิตเภท
- สารระความรู้ที่ 3/4 การสังเกตอาการเตือน
- สารระความรู้ที่ 3/5 ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมที่ 3/1 แหล่งประโยชน์สำคัญอย่างไร
- กิจกรรมที่ 3/2 โรคจิตเภทเป็นอย่างไร
- กิจกรรมที่ 3/3 ทำอย่างไร.. เมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา (บัตรคำ)
- กิจกรรมที่ 3/4 การสังเกตอาการเตือน
- กิจกรรมที่ 3/5 ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ตัวอย่างยา
- Power point / VDO clip การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### ประเมินผล

#### ระยะที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยทักทายสมาชิกทั่วไป กล่าว“สวัสดีสมาชิกทุกท่านคะ เดินทางกันมาสะดวกไหมคะ” สมาชิกทักทายผู้วิจัย ยิ้มแย้มตอบคำถามผู้วิจัย สังเกตสมาชิกมีสีหน้า พฤติกรรมสนใจ ตั้งใจฟัง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม สมาชิกในกลุ่มทักทายสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน และทบทวนเนื้อหา กิจกรรมครั้งที่แล้ว สมาชิก

#### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยชี้แจงเนื้อหากิจกรรมคร่าวๆ ในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการประเมินแหล่งประโยชน์ ความรู้โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ยาและอาการข้างเคียง ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

แหล่งประโยชน์ : เปิดประเด็นเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ใช้เมื่อสมาชิกพบปัญหาที่มีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งใดเพื่อให้ปัญหาคลงหรือไม่ สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยน เช่น “ปรึกษาคนในครอบครัวก่อนอันดับแรก ไม่ค่อยชอบพูดกับคนนอกบ้านเราไม่รู้ว่าใครคิดกับเรายังไง” “ปรึกษาหมอพยาบาลเวลามาโรงพยาบาลได้ยาให้คนไข้กินก็ดีขึ้น” “ปรึกษาเวลาพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน” “พูดคุยกับเพื่อนบ้านที่มีลูกเป็นโรคนี้อีกเหมือนกัน” “ปรึกษาพ่อ แม่ พี่ น้อง” สมาชิกในกลุ่มส่วนใหญ่จะตอบว่าปรึกษาคนในบ้านก่อนคนนอกบ้าน ผู้วิจัยเสนอแนะ ให้ความรู้เพิ่มเติมตามคู่มือการเผชิญเครียด (สำหรับผู้ดูแล หน้า 9) เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือได้ ซึ่งแหล่งประโยชน์ก็จะแบ่ง 3 ประเภท คือ 1) บุคคล อาจเป็นตัวผู้ดูแลเองที่มีความรู้ความสามารถ มีความพร้อมเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย บุคคลที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติพี่น้อง ผู้นำชุมชน นักคิดท้องถิ่น อสม. จิตอาสา เพื่อนบ้านผู้นำทางศาสนา ที่จะช่วยบรรเทาปัญหาได้ 2) หน่วยงาน ชมรม ผู้สูงอายุ ชมรมผู้ป่วยเรื้อรัง ชมรมต่างๆ รพ.สต. โรงพยาบาลจิตเวช สถานีตำรวจ กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลจิตเวช ซึ่งสามารถให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์แก่สมาชิกและผู้ป่วยได้ 3) ทุน

ทรัพยากรในชุมชนเช่น กองทุนหมู่บ้าน ทุนจากมูลนิธิทางการเงิน การประกอบอาชีพต่างๆ สมาชิก ร่วมแลกเปลี่ยน เช่น “ได้เงินผู้พิการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เดือนละ 800 บาท” มีผู้ดูแลบางส่วนไม่ ทราบมีการแลกเปลี่ยนแนะนำกัน เช่น “พบหมอให้หมอตระจ เพื่อรับรองว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจะออกเอกสารให้ แล้วไปยื่นที่ศาลากลางจังหวัดเขาจะให้รายละเอียด”

**โรคจิตเภท :** ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาตามคู่มือและใช้สื่อ วีดีโอเพื่ออธิบายให้เข้าใจและเห็นภาพชัดขึ้น และให้ทำกิจกรรมที่ 3/2 โรคจิตเภทเป็นอย่างไร และ สรุปลความรู้ สมาชิกตอบว่า “มีจากความคิด การรับรู้ สารสื่อประสาทที่ผิดปกติ” “พฤติกรรมท่าทาง ผิดปกติจากคนทั่วไป” ถามถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท สมาชิกตอบว่า “สาเหตุมีหลายอย่าง พันธุกรรมเกี่ยวข้องด้วย” ผู้วิจัยสอบถามถึงญาติที่ใกล้ชิดทางสายเลือดเดียวกันพบว่าญาติเป็นโรค จิตเภทอยู่ “ฝั่งพ่อของเขาย่าเป็นโรคจิตโรคประสาท” และมีบางส่วนตอบว่า “มีหลายสาเหตุไม่ทราบ แน่ชัด การเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม” “การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว” “สมอง ผิดปกติ” “ยาเสพติดที่ใช้ กัญชา ยาบ้าก็ทำให้เกิดได้” ซึ่งสมาชิกสามารถบอกเกี่ยวกับโรคจิตเภท และสาเหตุของการเกิดโรคได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม

เมื่อสอบถามถึงอาการของโรคจิตเภท ผู้ดูแลสามารถตอบได้เป็นส่วนใหญ่เนื่องจากเป็นผู้อยู่ ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น “นั่งยิ้ม พูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว” “กลางคืนไม่ยอมนอนเดิน ไปเดินมา” “ไม่ดูแลตัวเอง ไม่ยอมอาบน้ำ เสื้อผ้าสกปรก ผอมกรุงรัง” “บอกว่ามีเด็กๆ มาคุยด้วย นั่งเล่นกับเด็ก แต่จริงๆ ไม่มีใคร” “บอกว่าเป็นเทพกลับชาติมาเกิด” “ได้ยินเสียงแว่ว เหมือนมีคนมา คุยด้วย” ผู้วิจัยสอบถามจากอาการที่สมาชิกตอบข้างต้นมีการดูแลช่วยเหลืออย่างไร “ถ้ามีอาการ มากๆ ก็พามาโรงพยาบาล” “ทำเฉยๆ เพราะรู้ว่า เป็นอาการของโรค แต่ถ้าเป็นมากก็พามาหาหมอ” “ถ้าไม่อาบน้ำก็บอกให้ไปอาบน้ำให้เรียบร้อย ต้องคอยกระตุ้น” สมาชิกส่วนมากจะตอบว่าพามาหา หมอที่โรงพยาบาล

ผู้วิจัยสอบถามถึงการรักษาผู้ป่วยผู้ดูแลเคยรู้จักวิธีใดบ้าง สมาชิกกล่าวว่า “หมอให้ยามา รับประทาน และมียาฉีดมาฉีดที่โรงพยาบาลเดือนละครั้ง” “ตอนอยู่โรงพยาบาลสราญรมย์ สมัยแกยัง มีอาการมากๆ หมอเคยฉีดไฟฟ้า” “เห็นที่โรงพยาบาลตอนนั้นมีกิจกรรมกลุ่มคนไข้” ผู้วิจัยให้ความรู้ เพิ่มเติมตามคู่มือเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา สอบถามการทำกิจกรรมกลุ่มเพิ่มเติมของผู้ป่วย และผู้ดูแล “ที่โรงพยาบาลไม่ได้จัดกิจกรรมกลุ่ม แต่ให้คำปรึกษาได้ ครั้งนี้เข้าร่วมกลุ่มญาติคนไข้ ดีมากครับได้รู้อะไรเยอะ อยากให้โรงพยาบาลจัดกิจกรรมของผู้ป่วยด้วย”

**ยา อาการข้างเคียงและวิธีจัดการเบื้องต้น :** ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยา อาการข้างเคียงและวิธี จัดการเบื้องต้น ตามสาระความรู้ในคู่มือ สอบถามอาการของผู้ป่วยจิตเภทจากการดูแลเมื่อใช้ยารักษา อาการทางจิต สมาชิกแลกเปลี่ยน เช่น “นอนมาก ง่วงนอน เขาบอกกินยาแล้วง่วง” “ลึนแข็ง พูดไม่ ค่อยชัด” “เดินตัวแข็งทื่อ ทรงตัวไม่ดี” ผู้วิจัยสรุปอาการข้างเคียงจากยาที่สมาชิกดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยให้

ความรู้พร้อมภาพประกอบตัวยาจากสไลด์ power point และขอคู่มืออย่างจริงจังที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ อยู่ สอบถามวิธีการใช้ยา พบว่ายาบางส่วนไม่ได้มีฉลากยาแต่จะจัดเป็นชุดๆ ไว้ให้ผู้ป่วยในบางราย แต่ บางรายก็มีฉลากยา ผู้วิจัยแนะนำข้อควรคำนึงในการใช้ยาตามคู่มือ ผู้วิจัยให้บททวนวิธีการจัดการกับ อาการข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่องยา ให้สมาชิกจับคู่บัตร คำอาการข้างเคียงจากยาและวิธีการจัดการ ตามกิจกรรมที่ 3/3 ทำอย่างไร.. เมื่อมีอาการข้างเคียง จากยา สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นระดมสมอง ให้ความสนใจในกิจกรรมและช่วยกันจับคู่บัตร คำ ซึ่งสามารถจับคู่ได้ถูกต้อง แต่บางอาการข้างเคียงก็สามารถมีคำตอบได้หลายคำตอบ เช่น อาการ “ทรงตัวไม่ดี เดินไม่ตรงทางหรือเดินเซ” วิธีการจัดการ “ดูแลเรื่องการพักผ่อนในที่ปลอดภัย และไม่ วางของมีคมไว้ใกล้ๆ” และ “ระมัดระวังการหกล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุ” “ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ กิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ พบแพทย์” ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยสรุปอาการข้างเคียงจากการใช้ ยาอีกครั้งหนึ่ง

**สังเกตอาการเตือน :** ผู้วิจัยให้ความรู้การสังเกตอาการเตือน และบททวนอาการที่เคยเกิดกับ ผู้ป่วย ตามกิจกรรมที่ 3/4 สมาชิกผู้ดูแลแลกเปลี่ยนว่าคนไข้เคยมีอาการก่อนที่อาการจะกำเริบมาก ขึ้น เช่น “เขาเครียด เป็นกังวลไปทุกเรื่อง” “เขานอนไม่หลับบ่อยๆ อยู่ยาวนานหลายวัน” “ไม่ค่อยสนใจ คนอื่นและสิ่งรอบข้าง” ผู้วิจัยกล่าวว่าสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยแต่ละคน บางครั้งมีหลายอาการ พร้อมกัน โดยเริ่มจากอาการเล็กๆ น้อยๆ เปลี่ยนไปจากปกติช่วง 1-2 สัปดาห์ จนมีอาการทางจิต

**ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มักพบบ่อยๆ :** ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกถึงปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ มักพบบ่อยๆจากการดูแลผู้ป่วย และให้ทำกิจกรรมที่ 3/5 เพื่อทบทวนว่าผู้ดูแลมีวิธีการดูแลผู้ป่วย อย่างไม่ดี เช่น ผู้ป่วยเครียดอารมณ์ไม่ดี “ไม่ไปเลี้ยงกับเขา ทนฟัง ไม่ไปประชดประชันต่อว่า” “ไม่ แสดงให้เขารู้ว่าเราไม่พอใจ แต่บางครั้งก็มีบ้างเพราะเราก็กังเครียดๆ” ผู้ป่วยหงุดหงิด ก้าวร้าว “ไม่พูด ใช้อารมณ์ไม่เสถียรต่อ” “เก็บพวกของในครัว มีด พร้า กลัวเขามีอาการมากแล้วทำร้ายตัวเองกับคนใน บ้าน” “ค่อยๆพูด ถามว่าเขาจะเอาอะไร ต้องการอะไร” ผู้ป่วยนอนไม่หลับ “หาอะไรให้ทานก่อน นอน” “ตอนกลางวันไม่ให้กินกาแฟมากเกินเพราะตอนกลางคืนมักจะนอนไม่หลับ” “ให้ทำงาน ช่วยงานบ้านที่ทำได้ตอนกลางวัน” ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า “หาอย่างอื่นให้กิน ขวนทำอย่างอื่น” “บอกว่าถ้ากินเหล้าอาการมันจะไม่ดี” ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมตามคู่มือ สอบถามแลกเปลี่ยนวิธีแก้ไข กับสมาชิกแต่ละคนเมื่อเจอปัญหาเดียวกัน

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม สรุปความรู้และประโยชน์จากกิจกรรม พบว่าสมาชิกมีความเข้าใจมากขึ้น สังเกตให้ความสนใจซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ดี



## กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกเข้าใจและมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
2. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้

### สาระสำคัญ

ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้สมาชิกเล่าการแสดงออกทางอารมณ์ในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทางของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทจากสถานการณ์ความเครียดเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและการแก้ไขปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง สาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการสื่อสารทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เปรียบเทียบการสื่อสารทางลบที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ ตัวอย่าง ทำให้เห็นถึงการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารระหว่างกัน สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นผลลัพธ์ที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการเผชิญความเครียด ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- คู่มือการเผชิญเครียด (สำหรับผู้ดูแล)
- สาระความรู้ที่ 4/1 การแสดงออกทางอารมณ์
- สาระความรู้ที่ 4/2 สื่อสารอย่างไรกับผู้ป่วย
- กิจกรรมที่ 4/1 การแสดงออกทางอารมณ์สูงคืออะไร
- กิจกรรมที่ 4/2 แสดงออกและสื่อสารอย่างไรให้เหมาะสม
- ปากกา

## ประเมินผล

### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเข้าสู่อีกกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 2 สังเกตสมาชิกยิ้มแย้มทักทาย มีความพร้อมในการทำกิจกรรม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง “บอกว่ายังไม่เหนื่อย ไม่ง่วง จริงๆทำกิจกรรมต่อได้เลย” ผู้วิจัยเกริ่นทบทวนความรู้จากกิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้ เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลเพื่อเข้าสู่กิจกรรมที่ 4

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยให้สมาชิกเล่าการแสดงออกทางอารมณ์ในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทางของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทจากสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลและการแก้ไขปัญหาขณะอยู่บ้าน สมาชิกมีการแสดงออกทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆ ทางคำพูด พฤติกรรมแตกต่างกันออกไปแล้วแต่สถานการณ์ ดังนี้ “ก็มีบ้างที่เครียดแรกๆ เพราะเราก็เหนื่อย ต้องมาดูแลเขาอีก แต่ก็ต้องดูกันไป ก็หางานทำจะได้ไม่เครียด” “ก็เขาไม่ยอมกินยาเราก็พูดแล้ว พอไปหาหมอก็บอกจะกิน พอกลับบ้านมาก็บอกว่าให้แม่กินเองดู” “บางทีไม่ยอมซักผ้า ก็ดั่งกันบ้าง (ว่ากล่าว) บ่นบ้าง มันก็สวนกลับ ต้องให้กินยาพอกินยาอาการดีขึ้น เราก็เครียดลดลง” “บางทีก็ด่าหยาบๆ มั่ง ลูกก็มีด่าสวนกลับบ้าง” “ตอนแรกที่เขาเป็นเราก็มีอาการเสียไปด้วย แต่ช่วงนี้ก็ปล่อยๆ ไม่รู้จะเครียดจะมีอารมณ์ทำไม”

ผู้วิจัยแจ้งคะแนนระดับการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลจากการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง และแปรความหมาย คือมีคะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นผู้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งผู้ดูแลยอมรับผลการประเมิน สอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์สูง สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยน “เวลาเราดว่าดบ่นด่าว่าบ้าง” “เช่นเวลาเราหงุดหงิดใส่ลูก” “เป็นอารมณ์ที่เราแสดงออกต่อผู้ป่วย” ผู้วิจัยให้ความรู้การแสดงออกทางอารมณ์สูง เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทใน 4 ลักษณะ สมาชิกทบทวนตามกิจกรรม พบว่า 1.การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก สมาชิกแลกเปลี่ยน เช่น “บางทีก็ชอบไปถามซ้ำๆ เรื่องกินยา เขาก็บอกกินแล้ว เราไม่ค่อยเชื่อใจ จริงๆเพราะเป็นห่วง” 2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท “มีบ้างที่ต่อว่ากัน เพราะไม่ยอมอาบน้ำ ดุว่าไปบ้างว่าเหม็นกว่าจะได้อาบน้ำ” 3. มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท “บางทีเราไม่รู้ว่าตอนนั้นเขาเป็นจริงหรือไม่จริงก็คิดว่าเรียกร้องความสนใจเกินไป” “บอกว่าสร้างแต่ปัญหาวันๆมีแต่เรื่อง” 4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท “เคยพูดบางทีเราให้เขาช่วยงานบ้านแต่เขาทำไม่ได้ช่วงแรกๆ ทำแค่นี้ทำไม่ได้บ้างแล้ว”

ผู้วิจัยสอบถามอะไรที่ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง สมาชิกกล่าวว่า “บางครั้งลูกมีอาการกำเริบมากขึ้น” “อาการของผู้ป่วยเอง” “อาการของเขาจากการที่ไม่ยอมกินยา” “ตัวเราเองที่บางครั้งยังยอมรับกับสภาพไม่ได้” ส่วนใหญ่สมาชิกตอบว่าเกิดจากอาการของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ที่

ทำให้ต้องมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง บางส่วนตอบว่า “เราเจอปัญหาบางที่มันก็แก้ไม่ได้ แต่บางที่ก็แก้ได้” สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์สูงมากขึ้น ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยผู้ดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงรวมถึงผลกระทบต่อผู้ดูแล และสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบมากขึ้นได้

ผู้วิจัยให้ความรู้และเทคนิคการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะการสื่อสาร โดยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มแสดงบทบาทสมมติตามกิจกรรมที่ 4/2 สมาชิกบางคนแสดงเป็นผู้ป่วยบางคนเป็นผู้ดูแลสื่อสารต่อกัน หลังทำกิจกรรมสมาชิกสามารถแยกแยะการสื่อสารทางบวกและทางลบได้ ร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น เช่น “ถ้าพูดจาดี เขาก็จะเชื่อฟังมากกว่าการพูดจาขึ้นเสียงเพราะเขาจะต่อต้านมากขึ้น” ผู้ป่วยบ่นเรื่องการรับประทานยาไม่ยอกรับประทานยาแล้ว “พูดให้เขาเข้าใจถึงประโยชน์ของยา พูดให้เขาเชื่อถือเพื่อให้รับประทานยาต่อ บอกว่ายากจะไปบำรุงสมองช่วยให้อาการดีขึ้นแต่ก็สำคัญต้องรับประทานทุกวัน” สมาชิกบอกถึงผลดีของการสื่อสารทางบวกได้ “การใช้คำพูดที่ดีทำให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น” “ไม่ใช่คำพูดที่หยาบลูกก็จะไม่อารมณ์เสียในครอบครัวก็จะสัมพันธ์กันดี” ผลเสียการสื่อสารทางลบ “เราเองจะเครียดมากขึ้นอารมณ์เสีย แล้วไปลงกับลูกเขาจะไม่เชื่อฟังอีก”

จากการสังเกตพบว่าสมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์และสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมจากสถานการณ์ สุดท้ายสมาชิกกล่าวว่า “จะนำไปลองปรับใช้กับผู้ป่วยดู” “จะปรับในเรื่องของการสื่อสารและการแสดงออกให้ดีกว่านี้”

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ผู้วิจัยสรุปความรู้และทักษะจากกิจกรรม ประโยชน์และการนำไปใช้ เมื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย ไม่มีสมาชิกสอบถาม จึงนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

### กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

#### สาระสำคัญ

การเผชิญความเครียด เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสถานการณ์ความเครียด โดยการประเมินแหล่งประโยชน์ที่สามารถนำมาจัดการกับความเครียดให้ลดลงได้ รูปแบบการเผชิญความเครียดที่บุคคลจะเลือกวิธีต่างๆ เพื่อจัดการกับความเครียดมี 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ พบว่าบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มากกว่าการหาสาเหตุวิธีการแก้ไขที่ปัญหา จึงทำให้ความเครียดลดลงได้เพียงระยะสั้น ไม่ได้จัดการที่ปัญหาโดยตรง ซึ่งวิธีที่จะทำให้ได้ผลดีคือ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งสองรูปแบบร่วมกันทำให้เกิดทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ความรู้การเผชิญความเครียด รูปแบบการเผชิญเครียด 2 รูปแบบ ให้สมาชิกทบทวนประสบการณ์การเผชิญความเครียด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน จากสถานการณ์ที่ผ่านมา ร่วมแสดงความคิดเห็นค้นหาการแก้ไข เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้การเผชิญความเครียด ผลดีผลเสียของการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ สามารถเลือกวิธีการอย่างเหมาะสมในการเผชิญปัญหา มุ่งเน้นส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5

1. สมาชิกสามารถบอกถึงรูปแบบการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ
2. สมาชิกสามารถประเมินและเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม
3. สมาชิกสามารถย้อนกลับทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- คู่มือการเผชิญเครียด (สำหรับผู้ดูแล)
- สาระความรู้ที่ 5/1 การเผชิญความเครียด
- สาระความรู้ที่ 5/2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด
- กิจกรรมที่ 5/1 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด
- กิจกรรมที่ 5/2 ความเครียดและการเผชิญความเครียดที่ผ่านมา
- กิจกรรมที่ 5/3 รูปแบบการเผชิญความเครียด
- กิจกรรมที่ 5/4 มุ่งแก้ปัญหาให้ตรงจุด
- กิจกรรมที่ 5/5 เผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์
- การบ้าน บันทึก.. เผชิญเครียด
- ปากกา

## ประเมินผล

### ระยะที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพทักทายสมาชิกทั่วไป พูดคุยถึงความรู้ทักษะในกิจกรรมที่ผ่านมา สมาชิกสามารถทบทวนได้ “โรคจิตเภทมีความผิดปกติทางความคิด พฤติกรรม ผู้ดูแลต้องพูดคุย สื่อสารกับผู้ป่วยดีๆ ไม่ใส่อารมณ์” “ไม่ห่วงใยเขาจนเกินเหตุเปิดโอกาสให้เขามีส่วนร่วมในงานบ้าน” “การรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญเราต้องดูแลไม่ให้เขาขาดยา” การนำไปใช้ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา “ได้พูดคุยกับลูกดีๆ สอบถามการรับประทานยา ตัวเราไม่แสดงเป็นห่วงจนเกินไป” “พูดดีๆ ไม่ใส่อารมณ์ ให้เขาได้ช่วยงานบ้านบ้าง”

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแจ้งคะแนน สมาชิกมีความสามารถในการเผชิญปัญหาระดับพอใช้เป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียด และรูปแบบการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ สอบถามทำอย่างไรจึงจะทำให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละคนใช้วิธีแตกต่างกันออกไป เช่น “ถ้าหาวิธีที่สามารถแก้ได้ก็แก้ไข” “หางานอย่างอื่นทำ รดน้ำต้นไม้ทำงานบ้าน ไม่ต้องไปสนใจอะไรให้เครียด” “ปัญหาบางอย่างแก้ไขได้ บางอย่างแก้ไขไม่ได้ก็ต้องทำใจ” ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการเผชิญเครียดจากคำตอบที่สมาชิกแลกเปลี่ยน ผู้วิจัยเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ให้สมาชิกทบทวนรูปแบบการเผชิญความเครียดที่ใช้บ่อยๆ พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญเครียดทั้งสองรูปแบบคือ แบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งแก้อารมณ์ขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้น เช่น “เครียดเรื่องน้องบางครั้งไม่ยอมรับประทานยา ก็ต้องพูดคุยกับผู้ป่วย และปรึกษาคนในบ้าน” “บางครั้งเห็นเขาชอบอยู่คนเดียวไม่ออกไปไหน เราก็เลยพาหลานๆ มาบ้าน เขาก็จะเล่นกับเด็กๆ ดี” ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนสถานการณ์ความเครียดที่เคยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เช่น “ถ้าเขามีอาการมากๆ ไม่ยอมนอนนิ่งพูดคุยหัวเราะคนเดียว ก็พามาโรงพยาบาล ถ้าเขาไม่ยอมมาเราก็ต้องมาหาหมอเพื่อหมอปรับยา” “บางครั้งตัวเราถ้ามีอาการเครียดเราก็ต้องปรับอารมณ์ของเราเองว่าจะต้องทำอย่างไร” “ถ้าเราเห็นเขาง่วงนอนมากเราก็ต้องให้เขาพักแต่ถ้าเป็นมากคงต้องมาปรึกษาหมอ” หลังจากนั้นให้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่างกิจกรรมที่ 5/4 มุ่งแก้ปัญหาให้ตรงจุด สถานการณ์ที่ 1 สมาชิกแลกเปลี่ยนเช่น “คนไข้ไม่รักษาความสะอาด ก็พูดคุยกับเขาดีๆ ให้ไปอาบน้ำ เรื่องงานบ้านก็กระตุ้นให้เขาช่วยทำในสิ่งที่เขาทำได้ บางทีก็ทำให้ดูก่อน” “ถ้าเขาพูดพิมพ์คำคนเดียวมากเข้าอาจต้องพาไปโรงพยาบาล” สถานการณ์ที่ 2 เช่น “ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องนอนไม่หลับ สับสนก้าวร้าว ก็ต้องพาไปพบแพทย์เพราะอาการเริ่มหนักขึ้น” “ที่บ้านควรระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ ทำร้ายร่างกาย ควรเก็บของมีคมให้ดี” “เราต้องไม่ไปพูดตะคอกโต้ตอบ เพราะมันเป็นอาการของเขา”

ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียด และให้ความรู้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สมาชิกแลกเปลี่ยน เช่น “เคยร้องเพลง ฟังเพลง” “เล่นกีฬา” “นอนพักผ่อน” “บางครั้งก็สูบบุหรี่ตี๋มเหล้าบ้าง” “พูดคุยกับเพื่อนบ้านที่ครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเภทเหมือนกัน” ซึ่งผู้วิจัยสามารถแยกได้ระหว่างการเผชิญเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ และบางคนกล่าวว่า “บางครั้งปัญหามันก็ไม่ได้หาย แต่เราอารมณ์ดีขึ้น” ผู้วิจัยส่งเสริมทักษะและสาธิตเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการนวดคลายเครียด โดยใช้สื่อวีดีโอร่วมด้วย สมาชิกร่วมทำกิจกรรมด้วยความสนใจให้ความร่วมมือดี สามารถปฏิบัติได้ สมาชิกกล่าวว่า “จะนำไปลองใช้ดูที่บ้าน” “กิจกรรมสนุกดีไม่เครียด” “รู้สึกโล่ง”

หลังทำกิจกรรมสมาชิกสามารถบอกได้ว่าการเผชิญความเครียดมุ่งแก้อารมณ์เป็นอย่างไร ผู้วิจัยแนะนำการใช้คู่มือการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มเติม หลังจากนั้นมอบหมายให้สมาชิกจดบันทึกการใช้วิธีเผชิญเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อนำมาพูดคุยกันอีกครั้งในกิจกรรมต่อไป

### **ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม**

สมาชิกสรุปความรู้เรื่องการเผชิญความเครียด ผลดีผลเสียของรูปแบบการเผชิญความเครียด ประโยชน์และการนำไปใช้ พบว่าสมาชิกสามารถประเมินเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สมาชิกสาธิตย้อนกลับทักษะการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมได้ สมาชิกไม่มีข้อสงสัยจึงนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

### **ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ (reappraisal)**

#### **กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ**

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

#### **สาระสำคัญ**

ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้ข้อมูลเข้ามาใหม่ ซึ่งเป็นการติดตามประเมินผลวิธีการปรับแก้ที่ใช้ไปแล้ว เพื่อพิจารณาว่ายังเป็นภาวะเครียดหรือไม่ ถือว่าเป็นการประเมินขั้นที่หนึ่งใหม่อีกครั้ง ทำให้การเผชิญความเครียดครั้งต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม กิจกรรมนี้เป็นการทบทวนความรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้ในแต่ละกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ซ้ำ
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจทักษะการเผชิญความเครียดและมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถอธิบายความรู้ในแต่ละกิจกรรมได้
2. สมาชิกบอกถึงผลดีผลเสียในการประเมินสถานการณ์ได้
3. สมาชิกแสดงสีหน้า ท่าทาง สนใจ ให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- กิจกรรมที่ 6/1 ทบทวนความรู้จากกิจกรรม
- กิจกรรมที่ 6/2 นำไปใช้อย่างไรให้ได้ผล
- Power point สรุปความรู้จากกิจกรรม
- แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
- แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท
- ปากกา

### ประเมินผล

#### ระยะที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยทักทายสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิก พูดคุยทั่วไป ให้สมาชิกทักทายร่วมกัน แนะนำตนเอง เมื่อเข้าร่วมกลุ่ม แจ้งสมาชิกว่า วันนี้พบกันเป็นครั้งสุดท้ายของการทำกิจกรรม ทบทวนความรู้ และการบ้าน บันทึก.. เผชิญเครียด พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ปัญหาความเครียดลดลง สมาชิกบางรายยังมีปัญหาความเครียดบ้างเล็กน้อยเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย การช่วยเหลือทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย และยังมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวอยู่บ้าง

#### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทบทวนเนื้อหาการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมดที่ผ่านมา พบว่าสมาชิกให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น และคัดเลือกตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอในประเด็นกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน (2 คน)

“กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน เป็นการประเมินสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับเราว่าเป็นรูปแบบไหน โดยแต่ละคนจะตอบสนองไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับ

ประเมินสถานการณ์ มี 3 ขั้นตอน 1) ประเมินขั้นที่หนึ่ง คือ ประเมินว่ามีอะไรมากระทบเราไหม ไม่เกี่ยวข้องกับเรา เกี่ยวข้องในทางที่ดี หรือทำให้เราเครียด ความเครียดก็แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ อันตราย เป็นเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว คุณถาม เป็นการคาดการณ์ว่าเราจะได้รับอันตราย ทำทายเป็น เหตุการณ์อันตรายแต่เราควบคุมได้ 2) ประเมินขั้นที่สอง คือ ประเมินแหล่งประโยชน์ด้านตัวเราความ พร้อม บุคคลหรือหน่วยงานที่เข้ามาช่วยเหลือทำให้ปัญหาลดลง 3) การประเมินซ้ำ เป็นการประเมินว่า เมื่อรับข้อมูลใหม่แล้วนำไปแก้ไข ปัญหาลดลงหรือไม่”

กลุ่มที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์ ความรู้โรคจิตเภท ความรุนแรงและทักษะการดูแล (3 คน)

“แหล่งประโยชน์ อาจเป็นบุคคลหรือหน่วยงาน หรือแม้แต่ตัวเราที่มีความพร้อมในการ ดูแลผู้ป่วย ความรู้ความสามารถของเรา บุคคลที่จะช่วยบรรเทาปัญหาได้ เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติพี่น้อง ผู้นำชุมชน นักคิดท้องถิ่น อสม. จิตอาสา เพื่อนบ้านผู้นำทางศาสนา 2) หน่วยงาน ชมรม ผู้สูงอายุ ชมรมผู้ป่วยเรื้อรัง ชมรมต่างๆ รพ.สต. โรงพยาบาลจิตเวช สถานีตำรวจ กลุ่มผู้ช่วยเหลือทาง วิชาชีพ แพทย์ พยาบาลจิตเวช ซึ่งสามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ดูแลเองและผู้ป่วยได้ 3) ทุนทรัพยากรในชุมชนเช่น กองทุนหมู่บ้าน ทุนจากมูลนิธิทางการเงิน การประกอบอาชีพต่างๆ”

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม มีลักษณะท่าทางแปลกไปจากคนทั่วไป มี 2 อาการ คือ อาการด้านบวก เช่น หลงผิด หูแว่ว พูดคนเดียว ท่าทางแปลกๆ และอาการด้านลบ เช่น แยกตัว ท่าทางเฉยเมย ไม่พูดไม่จา เกิดได้จากหลาย สาเหตุ เช่น พันธุกรรม ความผิดปกติสารในสมอง ครอบครัวยมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง การเผชิญ ความเครียดไม่เหมาะสม การรักษาที่สำคัญคือการรักษาโดยใช้ยาร่วมกับด้านอื่นๆ

ทักษะการดูแล ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านต่างๆ ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจโรคและอาการผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรต่างๆได้เองในบางสิ่งที่ยังทำได้ไม่เต็มที่ สังเกตอาการเตือนที่จะ ทำให้ผู้ป่วยกำเริบได้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการแสดงออก ทางอารมณ์สูงในตัวผู้ดูแลเอง เพราะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้”

กลุ่มที่ 3 ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (2 คน)

“การแสดงออกด้วยน้ำเสียง คำพูด ท่าทางที่ดีไม่ใช่อารมณ์ต่อผู้ป่วย โดยสื่อสารให้ผู้ป่วย เข้าใจและปฏิบัติตามได้ ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถทำอะไรได้ดี เน้นการสื่อสารทางบวกทำให้สัมพันธ์ ภาวะระหว่างกันดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยไว้วางใจ ถ้าเราใช้พูดสื่อสารทางลบ ผู้ป่วยจะต่อต้านไม่เชื่อฟังเรา รวมถึง ถ้าในครอบครัวยมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะส่งผลต่อตัวเราทำให้เครียดเพิ่มขึ้นมีผลต่อร่างกาย จิตใจของเราเอง และส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้มีอาการกำเริบมากกว่าเดิม”

กลุ่มที่ 4 เเชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (3 คน)

“ความเครียด เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เข้ามา เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอก ที่มากระทบ การปรับตัวขึ้นกับแต่ละคน เมื่อเครียดแล้วเราก็ต้องเผชิญกับความเครียดให้ได้โดยใช้วิธี

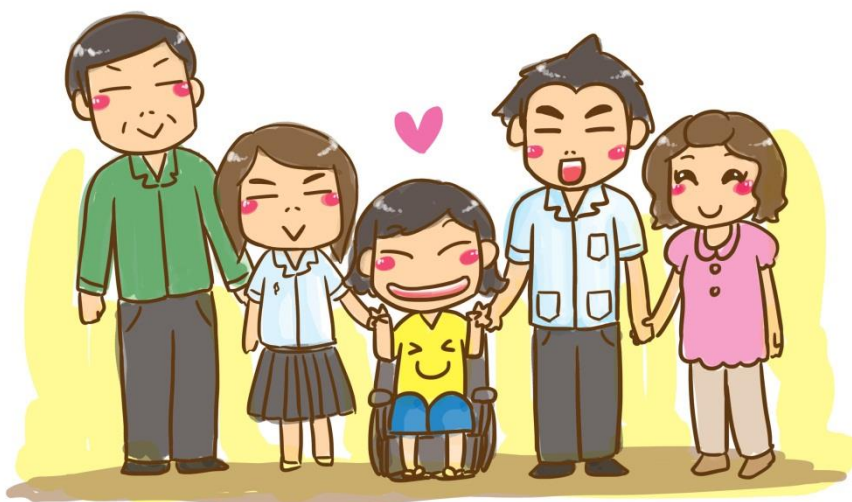


ต่างๆ มี 2 วิธี คือ 1) เฝchyญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา หาสาเหตุของปัญหาใช้ความรู้ ค้นหาทางแก้ไขใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ 2) เฝchyญความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์ความรู้สึก บรรเทาความเครียดให้รู้สึกสบายใจขึ้น แต่ปัญหาก็กยังคงอยู่ สำคัญทั้งสองรูปแบบต้องนำไปใช้ควบคู่กัน”

สมาชิกประเมินสถานการณ์ซ้ำ พบว่าสมาชิกได้พิจารณาสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในการปฏิสัมพันธ์และจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่เป็นความเครียดแล้ว บางส่วนว่าความเครียดลดลง เนื่องจากได้รับการแก้ไขด้วยวิธีต่างๆ จากที่เคยทำกิจกรรม เช่น ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมีการรับประทานยา ไม่มีอาการกำเริบ สมาชิกยอมรับในตัวผู้ป่วยจิตเภทได้ ปรับอารมณ์ของตนเองได้ เข้าใจว่าโรคของผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เข้าใจถึงการเฝchyญความเครียดว่าควรใช้วิธีใด และการแสดงออกทางอารมณ์ของเหมาะสมมากขึ้น



คู่มือ  
การเผชิญความเครียดเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง  
สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



โดย  
นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์  
รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ทำความรู้จักโรคจิตเภท

**โรคจิตเภท** เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม โดยมีลักษณะความคิดที่ผิดปกติเป็นอาการเด่น ทั้งที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียอวัยวะ พบว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ด้านต่างๆ สามารถเห็นพฤติกรรมแปลกจากคนทั่วไป บางคนอารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนมีอาการประสาทหลอน ซึ่งพบได้ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยมักพบในช่วงอายุ 15 – 59 ปี



### สาเหตุเกิดจาก ..

สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ศึกษาพบปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท คือ

#### ● ปัจจัยด้านร่างกาย รณมมหาวิทยาลัย

1. พันธุกรรม ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเสี่ยงสูง
2. สารเคมีในสมอง ความแปรปรวนของสารเคมีในสมองโดปามีนหลังมากผิดปกติ รวมถึงความผิดปกติโครงสร้างของสมองบางส่วน
3. การใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน สุรา สารระเหย

#### ● ปัจจัยด้านจิตสังคม

1. ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม
2. ความคับข้องใจ

#### ● ปัจจัยด้านครอบครัว

1. สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี
2. การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว



กิจกรรมที่ 1/1  
สัมพันธ์ภาพระหว่างกัน

วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท  
ให้สมาชิกตอบคำถามเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ลงในช่องว่างด้านล่างตาม  
ความเป็นจริง

1. ท่านใช้ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานานเท่าใด  
4 ปี ..... เดือน

2. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อตัวผู้ป่วย และคิดว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับท่าน เพราะเหตุใด

- รู้สึกสงสารผู้ป่วย ญาติชอบดุด่าตี
- บางตามผู้ป่วยก็ต้องการคนดูแลป่วยใจดี บางทีก็  
ทำของดีให้ดูแล พี่เลี้ยงคนแรก

3. ท่านทำอะไรหรือมีวิธีอย่างไร ที่ทำให้ท่านและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางที่ดี

คุยปรึกษาร่วมกันอาการของป่วยบ้าง ๆ พยายามให้  
ดีใจผู้ป่วย

4. ท่านคิดว่ามีอะไรบ้างที่ต้องปรับปรุงเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

ทำกิจกรรม ร่วมกันผู้ป่วยบ้าง ๆ ให้อาใจผู้ป่วย



## กิจกรรมที่ 1/2

## สถานการณ์กับการประเมินทางความคิด

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อทบทวนความรู้กระบวนการประเมินทางความคิดของคุณ  
 ให้สมาชิกอธิบายความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการประเมินทางความคิดและทบทวนสถานการณ์ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

1. กระบวนการประเมินทางความคิดของคุณ ตามความเข้าใจของท่านเป็นอย่างไร

การพิจารณาความคิดของผู้ป่วยจิตเภท  
 จิตแพทย์

2. ให้ท่านทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้กระบวนการประเมินทางความคิดของคุณ และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ ด้านล่างสถานการณ์

อาการ: 1 คน

1. การประเมินขั้นที่หนึ่ง (รับรู้ปัญหา)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีความสำคัญกับตนเอง  | } | <input type="checkbox"/> ไม่มีความเครียด        |
| <input type="checkbox"/> 2. มีผลดีต่อตนเอง          |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3. มีความเครียด | } | <input type="checkbox"/> 1. อันตราย             |
|   |   | <input checked="" type="checkbox"/> 2. ความกลัว |
|   |   | <input type="checkbox"/> 3. ทำหาย               |

2. การประเมินขั้นที่สอง (จัดการอย่างไร)

ใช้วิธีการ... ของญาติ...  
 พยาบาล

3. ประเมินซ้ำ

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ความเครียดเพิ่มขึ้น | <input checked="" type="checkbox"/> ความเครียดลดลง | <input type="checkbox"/> ไม่เครียด |
|--|--|------------------------------------|

## แบบสอบถามสำหรับวิจัยเรื่อง

“ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือรวบรวมข้อมูล)

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 

<input type="checkbox"/> บิดา	<input type="checkbox"/> มารดา	
<input type="checkbox"/> สามี	<input type="checkbox"/> ภรรยา	
<input type="checkbox"/> พี่	<input type="checkbox"/> น้อง	<input type="checkbox"/> บุตร
4. สถานภาพสมรส
 

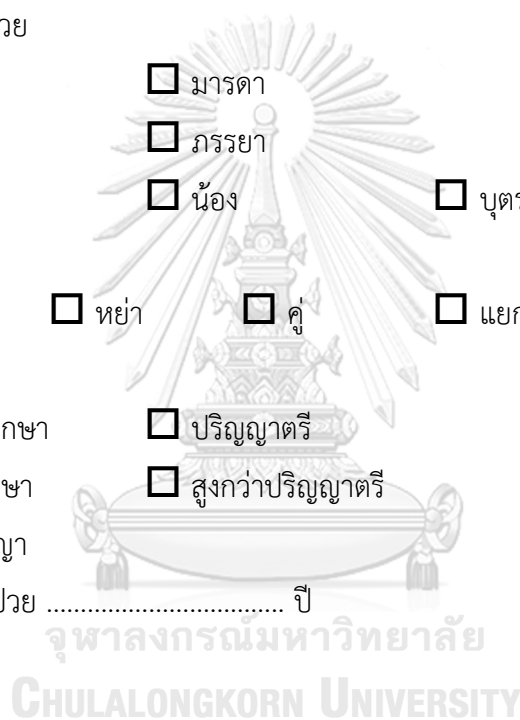
<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> หม้าย
------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------
5. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา	
6. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ..... ปี
7. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> งานบ้าน
<input type="checkbox"/> เกษตรกร
<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....
8. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว
 

<input type="checkbox"/> เพียงพอ	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ
----------------------------------	-------------------------------------
9. ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์
 

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 35 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> 35 ชั่วโมงขึ้นไป
--	---



ส่วนที่ 2 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท  
(เครื่องมือรวบรวมข้อมูล)

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ ให้คุณพิจารณาบุคคลในครอบครัว  
ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักใกล้ชิดกับคุณที่สุด ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาแล้วตอบแบบสอบถามด้านล่าง  
ขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับ  
ความรู้สึกของท่านมากที่สุดและขอความกรุณา ตอบทุกข้อ เกณฑ์ในการตอบคำถามมีดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริง  
ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่จริง

1. การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1. เข้าใจว่าในบางเวลาฉันก็ไม่ต้องการที่จะพูดคุยกับใคร			
2. ไม่พูดแทรกการสนทนาของฉัน			
3. ไม่ปกป้องฉันมากเกินไป			
4. ชอบเข้ามารบกวนฉันเสมอ			
5. ไม่ยื่นกรานที่จะทำสิ่งต่างๆร่วมกับฉัน			
6. ไม่ยื่นกรานที่จะอยู่กับฉันตลอดเวลา			
7. ทำให้ฉันรู้สึกถูกรบกวนบ้าง ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก			
8. ....			
9. ....			
10. ....			
11. ....			
12. ....			
13. ไม่สอดรู้สอดเห็นชีวิตของฉัน			
14. ไม่ถามเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของฉันมากนัก			
15. ผิดหวังไม่พอใจเมื่อฉันไม่สนใจเขา			

2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อความถาม	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
16. ทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อฉันรู้สึกไม่ดี			
17. ไม่ทำให้ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ			
18. ระเบิดอารมณ์ใส่ฉันเมื่อฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย			
19. ไม่ตื่นตระหนกเมื่อสิ่งต่างๆเริ่มที่จะผิดพลาด			
20. ไม่สามารถคิดอะไรต่อไปได้เวลาที่มีความผิดพลาดเกิดขึ้น			
21. ตำหนิฉัน หากมีสิ่งต่างๆที่ไม่ราบรื่น			
22. ไม่รู้ว่าจะจัดการความรู้สึกของฉันอย่างไรเมื่อฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย			
23. สามารถควบคุมตัวเองได้ในสถานการณ์ตึงเครียด			
24. รับฟังในสิ่งที่ฉันพูด			
25. ทำให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายเวลาที่มีเขาอยู่ใกล้ๆ			
26. ....			
27. ....			
28. ....			
29. ทำให้ทุกอย่างยิ่งแยลงเวลาที่สิ่งต่างๆไม่เป็นไปด้วยดี			
30. หงุดหงิดเมื่อเห็นสิ่งต่างๆไม่ถูกไม่ควร			



## 3. มีทัศนคติด้านลบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
31. บอกว่า ฉันไม่สามารถควบคุมตัวเองได้			
32. หาวว่าฉันเรียกร้องความสนใจ เมื่อฉันบอกว่าฉันรู้สึก ไม่ดีหรือไม่สบาย			
33. เห็นอกเห็นใจฉัน เมื่อฉันป่วยหรือรู้สึกทุกข์ใจ			
34. ให้กำลังใจฉันที่จะหาความช่วยเหลือจาก ผู้อื่นเวลาที่ฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย			
35. ไม่ช่วยเหลือฉันเวลาฉันรู้สึกทุกข์ใจหรือรู้สึกไม่ค้อย สบาย			
36. ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่มีความค่า			
37. บอกว่าฉันสร้างปัญหาเพื่อดึงเขา(ญาติ)ให้กลับมา สนใจดูแล			
38. พยายามทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเวลาฉัน ทุกข์ใจหรือไม่สบาย			
39. ขอบพุดว่า ฉันไม่จำเป็นต้องแสวงหาความช่วยเหลือ จากแพทย์หรือพยาบาล			
40. โทษว่าฉันแสดงอาการมากกว่าความเป็นจริงเวลาที่ฉัน บอกว่าฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่ค้อยสบาย			
41. ....			
42. ....			
43. ....			
44. มักกล่าวหาว่า ฉันสร้างเรื่องขึ้นเอง เวลาที่ฉันรู้สึกไม่ ดีหรือไม่สบาย			
45. พยายามให้กำลังใจเมื่อฉันรู้สึกไม่ค้อยดี			

## 4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
46. อดทนกับตัวฉันแม้ว่าฉันจะไม่สามารถทำตามที่เขา คาดหวังได้			
47. ทำให้ฉันรู้สึกผิด เวลาที่ฉันไม่สามารถทำอะไรตามที่ เขาคาดหวังได้			
48. เข้าใจความคิดของฉัน			
49. ไม่รู้สึกว่าเป็นผู้สร้างปัญหามากมายให้เขา			
50. ทำให้ฉันรู้สึกแย่ เวลาที่ฉันไม่สามารถทำตามความ คาดหวังของเขาได้			
51. ทนไม่ได้เมื่อฉันรู้สึกทุกขใจ			
52. เข้าใจถึงข้อจำกัดของฉัน			
53. ยอมรับความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ และไม่สามารถทำได้			
54. โกรธฉันเวลาที่สิ่งต่างๆผิดพลาด			
55. จะใจเย็นกับฉันแม้ว่าสิ่งต่างๆจะไม่เป็นไปในทางที่ ถูกต้อง			
56. ....			
57. ....			
58. ....			
59. โกรธจัดเวลาที่ฉันไม่สามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้ดี			
60. คาดหวังให้ฉันทำอะไรๆได้เหมือนเดิมแม้ว่าฉันรู้สึกไม่ ค่อยดี			

### ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

**คำชี้แจง** แบบวัดนี้วัดวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกต่อการเผชิญความเครียดของท่านในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยข้อความครอบคลุมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

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

ข้อความ	ไม่เป็นความจริง	เป็นความจริงน้อยครั้ง	เป็นความจริงบ่อยครั้ง	เป็นความจริงทั้งหมด
1. ท่านยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วย				
2. ท่านแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นที่ละประเด็น				
3. ท่านพยายามควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลาม				
4. ท่านใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับความเครียด				
5. การทำอะไรบางอย่างจะช่วยลดความเครียด				
6. ท่านสามารถคิดริเริ่มงานใหม่ได้ในขณะที่เกิดความเครียด				
9. ....				
10. ....				
11. ....				
12. ท่านได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับบุคคลอื่น				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการทางจิต (เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท)

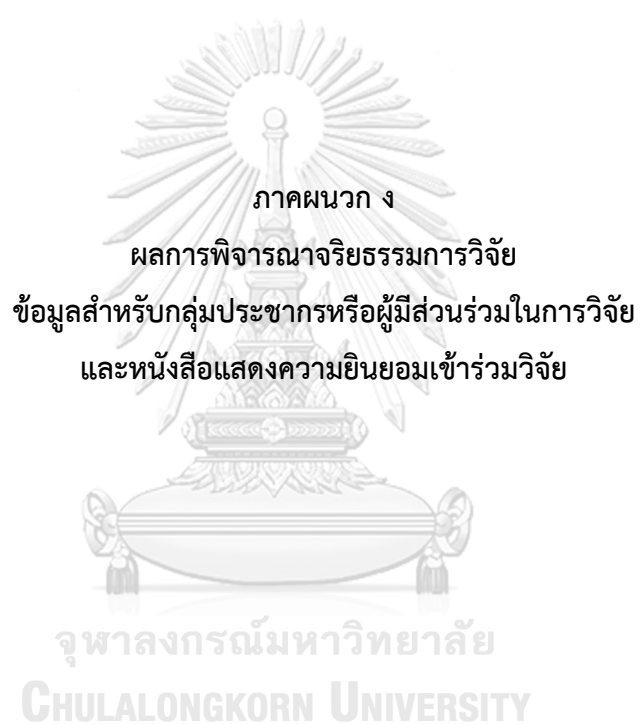
คำชี้แจง ให้ลงคะแนน ตามระดับความรุนแรงในแต่ละอาการ

- 1 = ไม่มีอาการ                      2 = มีอาการขั้นต่ำ                      3 = มีอาการเล็กน้อย  
 4 = มีอาการปานกลาง              5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง              6 = มีอาการรุนแรง  
 7 = มีอาการรุนแรงมาก

ลำดับที่	อาการและอาการแสดง	คะแนน
1	ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย(somaticconcern)	
2	อาการวิตกกังวล (anxiety)	
3	ความรู้สึกผิด (guilt)	
4	ความคิดว่าตัวเองมีความสามารถเกินความจริง (grandiosity)	
5	อารมณ์ซึมเศร้า (depressive mood)	
6	ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility)	
7	ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (suspiciousness/persecution)	
8	อาการประสาทหลอน (hallucination behavior)	
9	เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)	
10	อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล (disorientation)	
11	ความคิดสับสน (conceptual disorganization)	
12	การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal)	
13	ความตึงเครียด (tension)	
14	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (mannerisms and posturing)	
15	อาการเคลื่อนไหวช้า (motor retardation)	
16	การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness)	
17	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect)	
18	อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement)	
	<b>รวมคะแนน</b>	

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยตอบ ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

หมายเหตุ คะแนนไม่เกิน 36 คะแนน จึงถือว่าไม่มีอาการทางจิต





รหัสโครงการวิจัยที่ 22/2561  
เอกสารรับรองเลขที่ 20/2561

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย(ภาษาไทย)	ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
(ภาษาอังกฤษ)	THE EFFECT OF COPING GROUP PROGRAM ON HIGH EXPRESSED EMOTION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์
ตำแหน่ง / สถานะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบัน	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบ ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 26 เดือน เมษายน พ.ศ. 2561 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุดระยะการรับรอง วันที่ 25 เดือน เมษายน พ.ศ. 2562

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะการรับรอง

ลงนาม.....

(นางสาวปรานวิณี โรจน์เจริญงาม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ลงนาม.....

(นายคำรพ เดชรัตน์วิไชย)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูง  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โทร. 075-340250 ต่อ 7300

(ที่อยู่บ้าน) 37 ซ.ประชาสามัคคี (80) ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช  
โทร. 087-8948307 E-mail : [Pim\\_ma@hotmail.com](mailto:Pim_ma@hotmail.com)

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ  
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน  
การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้  
ตลอดเวลา

2. โครงการนี้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการ  
แสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบ 2 กลุ่ม  
วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการ  
แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม  
การเผชิญความเครียดแบบกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

3.2 เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ  
โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย  
คัดเลือกจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช  
รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

4.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร ซึ่งอาศัยอยู่  
บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท เพศหญิงหรือชาย อายุ 20-59 ปี ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน  
โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างใดๆ พุดคุยสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินดีให้ความ  
ร่วมมือในการวิจัย เป็นผู้มีการแสดงออกทางอารมณ์คะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป (ประเมินด้วย

แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท The Level of Expressed Emotion Scale : LEE) ฉบับภาษาไทย)

4.2 **ผู้ป่วยจิตเภท** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV และ ICD-10 ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีคะแนนจากการประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง อ่านเขียนภาษาไทยได้ ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เนื่องจากโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เน้นการเผชิญความเครียด เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ลดผลกระทบที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจากผู้ดูแล ดังนั้นจึงให้ผู้ป่วยจิตเภทคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อคัดผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมและทำแบบวัดเมื่อกิจกรรมเสร็จสิ้นเพื่อประเมินหลังได้รับโปรแกรม

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้  
ผู้วิจัยจะแบ่งผู้ดูแลเป็น 2 กลุ่ม โดยจับสลาก 20 คนเป็นกลุ่มควบคุม และอีก 20 คนเป็นกลุ่มทดลอง

5.1 **กลุ่มควบคุม** ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากการมารับบริการของโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช และขณะติดตามเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-4 เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยพบผู้ป่วยจิตเภท เพื่อทำแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และแจ้งสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

5.2 **กลุ่มทดลอง** ผู้ดูแลได้รับการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินขั้นแรก : ประเมินสถานการณ์จากประสบการณ์

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินขั้นที่สอง : ประเมินแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์

กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแล

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์



### ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ

กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ

หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 6 กิจกรรม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเพื่อกำกับการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภททำแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท และแจ้งสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ ทำให้ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

- ประโยชน์ต่อส่วนรวม เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการพยาบาลส่งเสริมการเผชิญความเครียด เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

7. ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้สามารถเกิดทักษะการเผชิญเครียดและนำไปใช้ได้จริง

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยรวดเร็ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 198 ถ.ราชดำเนิน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000 โทร 075-340250 ต่อ 4344

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ที่.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูง  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชื่อผู้วิจัย นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โทร. 075-340250 ต่อ 7300

(ที่อยู่บ้าน) 37 ซ.ประชาสามัคคี (80) ถ.พัฒนาการคูขวาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช  
โทร. 087-8948307ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการทำวิจัยเรื่องนี้ และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
โดยข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการ  
ถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้นข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ  
ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้าข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์)

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
ขอมอบประกาศเกียรติคุณนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

มานิตา ศิริพัฒน์

ได้เข้าร่วมการอบรม

“ความรู้ความเข้าใจด้านจริยธรรมการวิจัยในคนหลักสูตรพื้นฐาน (Basic course)”  
คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. ๒๕๕๙

ในวันพุธที่ ๒๗ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙  
ณ ห้องประชุมอภิตาพรกิตติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น ๗ คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล

ขอให้ท่านมีความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้เป็นหลักในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด  
ให้ไว้ ณ วันพุธที่ ๒๗ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนภา)  
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศรีราชพยาบาล



ตารางที่ 9 คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท)

คนที่	คะแนนอาการทางจิต	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	24	26
2	30	28
3	28	26
4	26	30
5	30	30
6	28	28
7	24	26
8	25	29
9	29	22
10	20	25
11	21	26
12	25	28
13	24	30
14	28	26
15	30	28
16	29	26
17	24	26
18	26	28
19	28	30
20	28	24
$\bar{x}$	26.35	27.1

จากคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 26.35 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 27.1 ซึ่งมีคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่า 36 คะแนน แปลได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตระดับน้อยหรือไม่มีอาการทางจิต ในการศึกษาสามารถคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทได้

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวมานิตา ศิริพัฒน์ เกิดเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2529 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ.2552 และได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ.2557 ตำแหน่งปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY