



## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

มานิตา ศิริพัฒน์\* และจินตนา ยูนิพันธุ์\*\*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**แบบแผนการวิจัย:** การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

**วิธีการดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช จำนวน 40 คน จับคู่ด้วยระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์และความเพียงพอของรายได้ สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน 3 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยแบบประเมินชุดที่ 2 และ 3 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .89 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติทดสอบที

**ผลการวิจัย:** 1) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุป:** โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม/ การแสดงออกทางอารมณ์/ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

\* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ผู้รับผิดชอบหลัก, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



# The Effect of Coping Group Program on Expressed Emotion of Schizophrenic Patients' Caregivers

Manita Siriphat\* and Jintana Yunibhand\*\*

## Abstract

**Purpose:** To study the effect of coping group program on expressed emotion of schizophrenic patients' caregivers

**Design:** Quasi-experimental research

**Method:** The samples of 40 schizophrenic patients' caregivers and schizophrenic patients, who met the inclusion criteria, were those who received services in an out-patient department, psychiatric clinic in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. They were matched-pairs by face to face contact and income and then randomly assigned to either the experimental or control groups of 20 subjects in each group. The experimental group received the coping group program, while the control group received regular nursing care. Data were collected by 1) demographic data form, 2) the Level of Expressed Emotion Scale and 3) the Problem Focus Coping Scale. The Cronbach's Alpha reliability of instruments number 2) and 3) were .89 and .82, respectively. Data were analyzed using mean, SD, and t-test.

**Findings:** 1) The expressed emotion of schizophrenic patients' caregivers who received coping group program was significantly lower than that before receiving coping group program at the level of .05

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 level of .05

**Conclusion:** The coping group program could lower expressed emotion in schizophrenic patients' caregivers.

**Keywords:** coping group program/ expressed emotion/ schizophrenic patients' caregivers

\* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

\*\* Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Pathumwan District, Bangkok 10330, Thailand. Email: yuni\_jintana@hotmail.com.



## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม โดยมีลักษณะความคิดที่ผิดปกติเป็นอาการเด่น ทั้งที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียอวัยวะใด (Lue Boontawatjai, 2011) พบว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด จากสถิติประชากรทั่วโลกพบผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน (World Health Organization: WHO, 2015) อุบัติการณ์การเกิดโรคพบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2016) และมีแนวโน้มสูงขึ้น ประเทศไทยพบว่า ประชากรช่วงอายุ 15-59 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทถึง 5.37-8.8:1,000 คน (Phanthunane et al., 2010) เพศชายมีแนวโน้มป่วยเป็นจิตเภทมากกว่าเพศหญิง (Suttajit and Srisurapanont, 2009) สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคจิตเภท จำนวน 488,436 580,181 และ 480,266 คน ตามลำดับ (Department of Mental Health: DMH, 2015) ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 พบสถิติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 946 1,025 1,120 คนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นจำนวนมากที่สุดของโรคจิตเวช (Information Technology, Maharaj NST hospital, 2017)

ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมีระยะอาการเริ่มทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้าน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Ruangtrakul, 2010) เมื่อผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ทำให้เกิดผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (Udomrat, 2009) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความรู้สึกเครียดกดดัน รู้สึกเป็นภาระ มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สภาพครอบครัว

ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกันมีแนวโน้มเกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Wongsin, 2013) ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ตำหนิผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับสูง สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการกำเริบซ้ำ (Sonpaveerawong, 2002) และผู้ดูแลที่มีความคาดหวังสูงในตัวผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเองแต่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้นั้น จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกผิดหวัง โกรธ และใช้น้ำเสียง คำพูดที่ดั่งขึ้นในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย (Hooley, 2007) โดยเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติต่อผู้ป่วยนั้นคือ มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่า การที่ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น การเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมองผู้ดูแลในด้านลบ มีความเครียดสูงจนเกิดการกำเริบซ้ำได้ (Butzlaff & Hooley, 1998)

การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยภาษาพูด ท่าทาง พฤติกรรมที่สื่อถึงอารมณ์ความรู้สึกต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 5 ลักษณะ 1) การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) เป็นการกล่าวถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในลักษณะที่ขุ่นเคือง โดยใช้คำพูดหรือน้ำเสียง 2) การแสดงความเป็นมิตร (Hostility) เป็นการแสดงทัศนคติไม่ยอมรับ 3) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion over involvement) เป็นความเห็นใจต่อบุคคลหรือก้าวก่ายมากเกินไป 4) การแสดงความชื่นชม (Positive remarks) 5) การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หลังจากใช้เครื่องมือการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างวัดแปลผลสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์สูงและการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงภายใน 9 เดือน ผู้ป่วยมีโอกาสป่วยซ้ำร้อยละ 58 (Brown et al., 1972)



Vaughn and Leff (1981) กล่าวถึงการแสดงออกทางอารมณ์สอดคล้องกับแนวคิดของ Brown, Birley, & Wing (1972) และกล่าวขยายความถึงการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) ว่าเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติ เพื่อสื่อถึงความรู้สึกทัศนคติ ในรูปแบบน้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทาง ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ประกอบด้วยการวิพากษ์วิจารณ์และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป รวมถึงการแสดง ความไม่เป็นมิตร ซึ่งได้ขยายความต่อจากรูปแบบดังกล่าวว่า ผู้ดูแลจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภท อย่างชัดเจน 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)

ในต่างประเทศมีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกในสเปน พบผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงร้อยละ 52.6 (González-Blanch et al., 2010) ครอบครัวมีค่าเฉลี่ยความเครียดระดับรุนแรงร้อยละ 24 ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อกันมีผลทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Addington et al., 2005) ในประเทศไทย ศึกษาถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอีสาน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ร้อยละ 31.2 (Chaisin, 2002) ภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Sukthong,

Uthit, and Kertchok, 2012) การศึกษาตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำผู้ป่วยไทยมุสลิม พบว่า สภาพครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Wongsin, 2013) ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญ และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือพัฒนา

ปัจจัยการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีการแสดงออกทางอารมณ์รูปแบบวิพากษ์วิจารณ์หรือเข้าไปยุ่งเกี่ยว มีการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Boye et al., 1999) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญกับอาการของผู้ป่วยทำให้เครียดกับการเปลี่ยนแปลงโดยผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำ (Karanci and Inandila, 2002) การรับรู้ความรุนแรงอาการทางจิตของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับ การแสดงออกทางอารมณ์สูงของมารดาด้านการวิพากษ์วิจารณ์ (King, Ricard, Rochon, Steiger, and Nelis, 2003) ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการของผู้ป่วยมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Boye et al., 1999) ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยมากมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Leff et al., 1987) หากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดีจะทำให้เกิดความกดดัน ในจิตใจ ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ (Campbell, 2001)

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ พบว่าระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ (Hall and Docherty, 2000) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ ร้อยละ 36.2 (Sompradit &



Kertchok, 2015) การศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาส่งผลทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความเป็นมิตรร้อยละ 41.5 (Karanci and inandilar, 2002) ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีการเผชิญความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (King et al., 2003) การศึกษาความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางอารมณ์และวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบการแสดงออกทางอารมณ์ลักษณะความเป็นมิตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Mondal and Mishra, 2015)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบทบาทสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการดูแลผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานประจำทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ในช่วงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมาสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เกิดความเครียดเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ในการดูแล ซึ่งจะต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยหลายด้าน (Montgomery, Gonyea, and Hooyman, 1985) การศึกษาของ Doornbos (2002) พบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด การศึกษาของ Tan et al. (2012) เกี่ยวกับภาระการดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาสั้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเครียดได้มากถึงร้อยละ 31.3 ซึ่งหากผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมก็อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลยังคงมีความเครียด การรับรู้เป็นภาระ ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลลดลงส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวเป็นปัญหาการป่วยซ้ำของ

ผู้ป่วยจิตเภทได้

แนวคิด Lazarus and Folkman (1984) กล่าวถึง การเผชิญความเครียดว่า เป็นความพยายามในการเปลี่ยนความคิดการกระทำในการจัดการความเครียดทั้งภายในและภายนอก โดยใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์ บุคคลต้องประเมินผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดเพื่อให้ความเครียดลดลงมี 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินขั้นแรก (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์ใดไม่เกี่ยวข้องกับตน (Irrelevant) มีผลดีผลเสียกับตน (Benign positive) หรือสถานการณ์นั้นเป็นภาวะเครียด (Stressful) 2) การประเมินขั้นที่สอง (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์และคาดหวังผลที่จะเกิดในการแก้ไขปัญหา 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) ประเมินสถานการณ์ว่ายังมีภาวะเครียดอีกหรือไม่หลังจากได้รับข้อมูลใหม่มี 2 รูปแบบ ดังนี้ 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นการใช้วิธีแก้ไขปัญหาโดยเรียนรู้ใช้ทักษะสติปัญญามุ่งปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรง ซึ่งจะช่วยลดความเครียดอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นการแก้ไขอารมณ์เพื่อรักษาสมดุล แต่ไม่ได้เป็นการจัดการกับปัญหาให้หมดไปได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการใช้การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด ในโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลสูงอายุนในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงขึ้น (Chamchoy, 2007) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้น (Janpen and Uthit, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากผู้ดูแลขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ก็จะส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลได้ (Karanci and inandilar, 2002)



ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงนำแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) มาใช้พัฒนาโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ร่วมด้วยเพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่แตกต่างเปลี่ยนเรียนรู้กัน เพิ่มศักยภาพเผชิญความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

**ประชากร** คือ ผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช คุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงหรือชาย อายุ 20-59 ปี มีการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย และผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์

การวินิจฉัย รักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องใน 1 เดือน มีคะแนนจากการประเมินอาการทางจิตไม่เกิน 36 คะแนน สื่อสารรู้เรื่อง ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนอย่างน้อยที่สุด 30 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน (Polit and Beck, 2004) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ทำการจับคู่ (Matched pairs) ลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ และความเพียงพอของรายได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ประกอบด้วย การดำเนินการรูปแบบกระบวนการกลุ่ม แบ่งกลุ่มละ 10 คน จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โปรแกรมได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน รายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแล

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์

กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ



## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

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

2) แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ The Level of Expressed Emotion Scale (LEE) โดย Cole and Kazarian (1988) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Vaughn and Leff (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sukthong, Uthit, and Kertchok (2012) ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 1 คำตอบ คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์สูง 4 ลักษณะตามแนวคิดของ Vaughn and Leff (1981) แต่ละลักษณะมี 15 ข้อรวมทั้งหมด 60 ข้อ เครื่องมือต้นฉบับมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .92 และหลังนำไปทดลองมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .89

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของ Pongjantarasatien (2006) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของ Tuangrat (2003) สร้างตามกรอบแนวคิดของ Jalowiec (1984) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และหลังนำไปทดลองมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค .82

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช และได้รับอนุมัติเมื่อเดือนเมษายน 2561 เอกสารรับรอง เลขที่ 20/2561 เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

## ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยศึกษาในประเด็นที่ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ เตรียมความพร้อมวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือวิจัย ของจริยธรรมการวิจัย จัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คัดเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา แจ้งนัดหมาย ดำเนินงานตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม

### 2. ระยะดำเนินการทดลอง

1) **กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Pre-test) กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากการมารับบริการ ในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช โดยพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชและขณะติดตามเยี่ยมบ้าน ในช่วงสัปดาห์ที่ 1-4 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและคำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Pre-test) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ที่ห้องประชุมกลุ่มโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช กลุ่มที่ 1 ช่วงเช้า และกลุ่มที่ 2 ช่วงบ่าย ของแต่ละวันทีนัดหมาย



### 3. ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) หลังการทดลองครบ 6 ครั้ง และทำการทดลองทันที โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เกณฑ์กำกับการทดลอง คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.50 คะแนน ผู้ดูแลจึงจะมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสม แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ใช้สถิติค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 คน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.50 ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ พี่ คิดเป็นร้อยละ 25.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.50 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35.00 และ 32.50 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 60.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมยังมีระยะเวลาการดูแลใกล้เคียงกัน คือ 5.70 และ 5.55 ปีตามลำดับ ระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ทั้งสองกลุ่มระดับมากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 87.50

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
การแสดงออกทางอารมณ์							
กลุ่มทดลอง	26.80	4.76	20.10	6.18	19	10.57	.00

จากตารางที่ 1 พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง

กว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 10.57, p < .05$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม และการดูแลตามปกติ

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การแสดงออกทางอารมณ์						
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 2 แสดงได้ว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2

### สรุปผลการวิจัย

1. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีผลทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อภิปรายได้ว่าโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มีกระบวนการขั้นตอน โดยใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่กล่าวถึงการเผชิญความเครียดผ่านกระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน ส่งผลลดการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้ การประเมินขั้นแรก กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

ให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพของผู้วิจัยกับผู้ดูแล และทบทวนสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เพื่อส่งผลให้เกิดความร่วมมือมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน (Udomrat, 2009) พบว่าสมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เปิดเผยข้อมูลสัมพันธภาพกับผู้ดูแลในลักษณะที่คล้ายกัน การได้รับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการประเมินทางความคิด ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ ส่งผลให้สมาชิกตระหนักถึงการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้เหมาะสมต่อไปได้ กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลจิตเภท Tan et al. (2012) พบว่า การรับพบทบทวนช่วยเหลือผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลระยะเวลาาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ ผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ดูแล ประเมินความเครียดต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเอง หรือการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ หลังจากได้รับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด เพื่อหาวิธีแก้ไขต่อไปได้ การประเมินขั้นที่สอง ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 ประเมินแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแล ทำให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่สามารถกระทำได้ การได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแล เป็นการเตรียมความพร้อมในทักษะการเผชิญความเครียด ส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Marsh and Johnson (1997) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท จะมีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งควรได้รับทักษะความรู้ดังกล่าว กิจกรรมที่ 4 ช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม Kuipers (2006) พบว่า การแสดงออกด้วยการวิพากษ์วิจารณ์แสดงท่าที่ไม่เป็นมิตร ทำให้ผู้ป่วยเครียดและเกิดการป่วยซ้ำได้ จึงได้จัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เน้นการสื่อสารทางบวก จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เปรียบเทียบการสื่อสารบวกและทางลบ



แสดงบทบาทสมมติเพื่อฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมและการสื่อสารเป็นการส่งเสริมการเผชิญความเครียด ลดการแสดงออกทางอารมณ์สอดคล้องกับการศึกษาของ Nasr and Kausar (2009) พบว่า การส่งเสริมทักษะการสื่อสารให้กับผู้ดูแลช่วยลดการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งจะส่งผลลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้ กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ การศึกษาของ Karanci and Indialar (2002) พบว่า การขาดทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้ กิจกรรมจะช่วยให้ผู้ดูแลได้ความรู้การเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ โดยทบทวนจากประสบการณ์ แลกเปลี่ยนในกลุ่มร่วมค้นหาการแก้ไข และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากสถานการณ์ตัวอย่าง มุ่งเน้นส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและเลือกวิธีมุ่งปรับอารมณ์ ฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ไม่เกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูง การประเมินขั้นที่ 3 กิจกรรมที่ 6 ประเมินสถานการณ์หลังได้รับการแก้ไขซ้ำ ช่วยให้ผู้ดูแลทบทวนหลังจากได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ว่ายังมีปัญหาความเครียดอีกหรือไม่ ลดลงอย่างไร และสามารถแก้ไขต่อไปได้อย่างไร

การใช้โปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม (The effect of coping group program) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Murrain (1987) ระยะสร้างสัมพันธภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้มีสัมพันธภาพร่วมกันในกลุ่ม ไว้วางใจซึ่งกันและกันจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ระยะดำเนินการ เกิดการสนับสนุนร่วมกัน แลกเปลี่ยนร่วมแก้ปัญหา เข้าใจซึ่งกันและกันเนื่องจากมีปัญหาที่คล้ายกัน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเลือกวิธีได้อย่างเหมาะสม ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สามารถประเมินสรุปความเปลี่ยนแปลงและการนำไปใช้ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมสามารถดำเนินได้จนครบกระบวนการจนสิ้นสุด

การทำกลุ่ม ส่งผลลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่ม ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็น เรียนรู้ทักษะการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การได้รับความรู้กระบวนการประเมินทางความคิดของตนเอง เพื่อประเมินสถานการณ์ความเครียดจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และสามารถค้นหาสาเหตุของปัญหา การค้นหาแนวทางเพื่อจัดการกับความเครียดโดยประเมินแหล่งประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งปรับอารมณ์ ประเมินสถานการณ์ทบทวนซ้ำ หลังจากได้รับการแก้ไขซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อกลับไปเผชิญปัญหาและสามารถช่วยเหลือได้เหมาะสม
2. ควรนำโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยว่ามีผลการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้หรือไม่

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์เพื่อใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้



## Reference

- 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. H., Munkvold, O. G., Lersbryggen, A. B., Oskarsson, K. H., ... & Malt, U. F. (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.
- Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-258.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Campbell R. (2001). *Predictors of Caregiver Burden over a Three Month Period Following Hospitalization of the Patient* (Doctoral dissertation). University of Pennsylvania, PA, USA.
- Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical psychology*, 44(3), 392-397.
- Chaisin, P. (2002). *Emotional expression of relatives in schizophrenic patients: study in a psychiatric hospital in northeast*. Master of Nursing Science Thesis of Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing Khonkean University. (In Thai)
- Chamchoy, A. (2007). *The effectiveness of potentiality enhancement program in coping with stress from caring for the elderly in the community* (Doctoral dissertation). Christian University, Thailand. (In Thai)
- Department of Mental Health. (2015). *Status and tendency of Thai people*. Retrieved June 2, 2017, from: <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>.
- 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(1), 389-395.
- Hall, M. J., & Docherty, N. M. (2000). Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. *Family Process*, 39(4), 435-444.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 329-352.



- Information Technology, Maharaj NST hospital. (2017). *Statistics of schizophrenia patients for 2015-2017*. Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital.
- Jalowiec, A., Murphy, S., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of Jalowiec coping Scale. *Nursing Research*, 33, 157-162.
- Karanci, A. N., & 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.
- 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.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. *Journal of Family Therapy*, 28(1), 73-80.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leff, J., Wig, N. N., Menon, D. K., 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. *The British Journal of Psychiatry*, 151(2), 166-173.
- Lue Boontawatchai, O. (2011). *Mental Health and Psychiatric Nursing* Bangkok: Chulalongkorn University.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2<sup>nd</sup> ed.). St Louis: C. V. Mosby
- Marsh, D. T., & Johnson, D. L. (1997). The family experience of mental illness: implications for intervention. *Professional Psychology: research and practice*, 28(3), 229-237.
- Mondal, A., & Mishra, D. (2015). Expressed Emotion and Coping Strategies in the Caregivers of Schizophrenia Patients. *Journal of Contemporary Psychological Research*, 2(2), 1-7.
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family relations*, 34(1), 19-26.
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8(17), 1-6.
- Phanthunane, P., Vos Theo, Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8(1), 24-31. (In Thai)
- Pongjantarasiatien, C. (2006). Factors predicting emotional expression of family caregivers in schizophrenic patients in the upper southern region (Doctoral dissertation). Chulalongkorn University, Thailand. (In Thai)
- Ruangtrakul, S. (2010). Psychiatric texts for family medicine physicians; Series 18. *Psychiatric Clinical Guide* (pp532). Bangkok: Ruenkeawprinting.



- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2016). *Synopsis of Psychiatry* (11<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Sompradit, T. & Kertchok, R. (2015). Predicting factors of expressed emotion in family caregivers of schizophrenic patients. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 29(2),89-102. (In Thai)
- Sonpaveerawong, J. (2002). *Strategies used by schizophrenic patients to cope with stress in their daily living : a study at Somdet Chaopraya hospital* (Doctoral dissertation). Mahidol University, Thailand. (In Thai)
- Sukthong, K. , Uthit, P. & Kertchok, R . (2012). Effect of group mental health on the burden of care and high emotion of caregivers of schizophrenic patients in the community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(3), 15-27. (In Thai)
- Suttajit, S & Srisurapanont, M. (2009). Schizophrenia : Epidemiology and Treatment. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 54(1), 21-37. (In Thai)
- 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.
- Tuangrat, S. (2003). *Relationships between personal factors, coping, social support, self-care practice, and health status in family caregiver of chronic schizophrenic patients* (Doctoral dissertation). Chulalongkorn University, Thailand. (In Thai)
- Udomrat , P. (2009). *Textbook of schizophrenia*. Songkhla: Chanmuangprinting.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 43-44.
- World Health Organization: WHO. (2015). *Schizophrenia*. Retrieved September 30, 2015, from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>.
- Wongsin, N. (2013). Analysis of recurrent and non-recurrent variables in Thai Muslim schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(3),87-100.