



นิพนธ์ต้นฉบับ ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

ชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, พ.ย.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลและปัจจัยคัดสรรในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

วัสดุและวิธีการ : กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 160 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบวัดความทุกข์ทรมาน แบบวัดความสามารถในการดูแล แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์โดยแบบวัดทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และหาความสัมพันธ์ของเครื่องมือทุกฉบับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74,.86,.78,.89,.86,.89 วิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผล : การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับที่เหมาะสม ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 29.7 ($R^2=.297$) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ ร้อยละ 11.6 ($R^2=.116$)

สรุป : การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้

คำสำคัญ : การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท



Factors Predicting Expressed Emotion of Family Caregiver of Schizophrenic Patients, Upper Part of Southern Region

Chonmaporn pongjantarasatien, M.N.S*

Abstract

Objective : The purposes of this descriptive research were to study expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients, and determine predictors of expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients.

Materials and Methods : Research subjects which were selected by multistage sampling, were 160 family caregivers of schizophrenic patients receiving mental health treatment in out patient department of hospitals upper part of southern region. Research instruments were scales which were designed to measure problem focus coping strategies, sense of suffering, patient care ability, perceived severity of illness, and expressed emotion of family caregivers, positive and negative aspects. The reliability of the scales by Cronbach Alpha were .74,.86,.78,.89,.86,.89, respectively. Statistical techniques utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and stepwise multiple regression.

Results : Expressed emotion in positive and negative aspects of family caregivers of schizophrenic patients, upper part of southern region were at the appropriate level. Factors significantly predicted negative expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients were perceived severity of illness, patient care ability, and face to face contact, at the .05 level. These predictors were accounted for 29.7 percent ($R^2=.297$). Factors significantly predicted positive expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients were perceived severity of illness, and patient care ability, at the .05 level. These predictors were accounted for 11.6 percent ($R^2=.116$).

Conclusion : Perceived severity of illness, patient care ability, and face to face contact predicted to negative expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients. Perceived severity of illness, and patient care ability predicted negative expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients.

Key words : Expressed Emotion, Family Caregiver, Schizophrenic Patient

บทนำ

จิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย โดยที่ความรู้สึกตัวและเชาวน์ปัญญายังคงปกติ โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือการกำเริบซ้ำของโรค พบว่ามีอัตราการกำเริบซ้ำสูงที่สุด² จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่าโรคจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งก่อให้เกิดภาวะการสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคจิตเภท ถึงร้อยละ 11 ของความสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด³ ในการรักษาผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขจะให้ความสำคัญกับการป่วยซ้ำ โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกับการใช้ยารักษาโรคจิตไปอย่างมากแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาลงโทษได้ เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งจากอาการของโรคและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของผู้ป่วย⁴ จากรายงานการศึกษาถึงปัญหาด้านครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ พบว่า โดยในครอบครัวมีการแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิตัดเยียดและการก้าวร้าวการกระทำทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับมาก⁵ มีผลให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำ^{5, 6, 7, 9, 10}

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Karanci & Inandilar¹¹ เป็นแนวทางในการคัดสรรตัวแปรต้น ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้มีการคัดเลือกตัวแปรที่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยตัวแปรที่คัดสรรครอบคลุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งหมด ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมาน ความ

สามารถในการดูแลซึ่งจะสะท้อนภาระในการดูแลของผู้ดูแล และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 160 คน ที่นำผู้ป่วยมารับบริการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัดในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ประกอบด้วย จังหวัดสุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ชุมพร ระนอง กระบี่ พังงา และภูเก็ต การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ มี 7 ส่วน โดยมีรายละเอียดและวิธีการสร้างเครื่องมือดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย อาชีพ ความเพียงพอของรายได้และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในความดูแลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและการทำงานหรืออาชีพของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 5 แบบวัดความทุกข์ทรมาน ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์

ถดถอยแบบพหุคูณเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายการ
แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย
จิตเภท

ผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย
จิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.30
ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อย
ละ 44.38 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.5 ปี มีระยะเวลาในการ
ดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 83.41 เดือน อยู่ในช่วง 13- 60 เดือน
คิดเป็นร้อยละ 41.25 มีความสัมพันธ์เป็นบิดา-มารดา
คิดเป็นร้อยละ 38.75 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา
ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.75 ผู้ดูแล
ประกอบอาชีพรับจ้างสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 24.37 ด้าน
รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่มีการรับรู้ค่าครอบครัว
มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 74.40 และมีระยะเวลา
การเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์มากกว่า 35
ชั่วโมงขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.30

ผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น
ร้อยละ 53.10 มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี มากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 30 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ใน
ช่วง 13- 60 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.75 มี
สถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 54.40 ระดับการ
ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.50 และด้าน
การทำงานผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็น
ร้อยละ 51.90

เมื่อพิจารณาตามตารางที่ 1 พบว่า ค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตัวแปรพยากรณ์ ยกเว้น
ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับ
การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรพยากรณ์ที่
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์
ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ การ
ทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละ
สัปดาห์ ความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความรุนแรง

ของอาการทางจิต ($r = .231, .249, .219$ และ $.434$ ตาม
ลำดับ) ซึ่งการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.323$
และ $-.373$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออก
ทางอารมณ์ ด้านลบ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปรทำนายพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์
กันสูงสุดคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
กับ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เมื่อนำตัวแปรทำนายทั้งหมด 7 ตัว ได้แก่
ความเพียงพอของรายได้ การทำงาน ระยะเวลา
การเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญ
ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน และการรับ
รู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มาพยากรณ์การ
แสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว
พบว่า สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ประมาณร้อยละ
32.4 ($R^2 = .324$) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์
ถดถอยทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัว
พยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์
ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ระยะเวลาการเผชิญ
หน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ความสามารถในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการรับรู้ความรุนแรงของอาการ
ทางจิต ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความเพียงพอของรายได้ การทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ตัวแปร	negEE	Income	Work	Time	Coping	Care	Suffer	Symp.
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (neg EE)	1.00							
ความเพียงพอของรายได้ (Income)	.012	1.00						
การทำงาน (work)	.231*	.107	1.00					
ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (time)	.249*	.114	.158*	1.00				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (coping)	-.323*	-.008	-.046	-.049	1.00			
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (care)	-.373*	.011	-.181*	-.059	.517*	1.00		
ความทุกข์ทรมาน (suffer)	.219*	.150*	.052	.285*	-.254*	-.244*	1.00	
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.434*	.089	.186*	.106	-.252*	-.269*	.438*	1.00

* p<.05

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรในการพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และค่าคงที่ของการพยากรณ์

ตัวแปร	b	S.E.b	Beta	t
ความเพียงพอของรายได้ (Income)	-.032	.054	-.041	-.595
การทำงาน (Work)	.071	.049	.102	1.457
ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์(Time)	.144	.050	.203	2.874*
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (coping)	-.151	.087	-.139	-1.750
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (care)	-.137	.056	-.196	-2.439*
ความทุกข์ทรมาน (suffer)	-.034	.039	-.070	-.883
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.082	.019	.340	4.442*
R= .569 R ² = .324 F= 10.402 Constant = 2.607 S.E.est= .292				

* p<.05

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอยค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.434	.188	.188	36.651*
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต,ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	.509	.259	.071	27.486*
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต,ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย,การเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	.546	.298	.038	22.036*

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต อธิบายความแปรปรวนของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลได้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .188 แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ประมาณร้อยละ 18.8

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .259 ($R^2=.259$) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลได้ประมาณร้อยละ 25.9 โดยที่เมื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเข้าไป จะสามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.1 ($R^2 \text{ change}=.071$)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์เข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .298 ($R^2=.298$) สามารถเพิ่มอำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้ประมาณร้อยละ 29.8 โดยที่เมื่อเพิ่มตัวแปรระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์เข้าไป จะสามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.8 ($R^2 \text{ change}=.038$)

จากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปแบบมาตรฐานพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสูงสุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ($Beta=.340$) รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($Beta= -.270$) และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ($Beta=.197$) ตามลำดับ แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต เป็นอันดับแรกในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ตัวพยากรณ์	B	S.E.b	Beta	t
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.082	.017	.340	4.864*
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (care)	-.189	.049	-.270	-3.878*
การเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	.140	.048	.197	2.917*
R=.546 R ² = .298 F= 22.036 Constant= 2.330 S.E.est = .294				

*p<.05

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความเพียงพอของรายได้ การทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

ตัวแปร	postEE	Income	Work	Time	Coping	Care	Suffer	Symp.
การแสดงออกทางอารมณ์								
ทางบวก(postEE)	1.00							
ความเพียงพอของรายได้								
(Income)	-.063	1.00						
การทำงาน (work)	-.042	.107	1.00					
ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับ								
ผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (time)	.010	.114	.158*	1.00				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่ง								
แก้ปัญหา (coping)	-.231*	-.008	-.046	-.049	1.00			
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย								
(care)	-.222*	.011	-.181*	-.059	.517*	1.00		
ความทุกข์ทรมาน (suffer)	.042	.150*	.052	.285*	-.254*	-.244*	1.00	
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ								
ทางจิต (symp.)	.300*	.089	.186*	.106	-.252*	-.269*	.438*	1.00

*p<.05

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยตัวแปรทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ($r = -.231$ และ $-.222$) และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ($r = .300$)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรในการพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และค่าคงที่ของการพยากรณ์

ตัวแปร	b	S.E.b	Beta	t
ความเพียงพอของรายได้ (Income)	-.057	.073	-.059	-.775
การทำงาน (Work)	-.102	.065	-.122	-1.562
ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (Time)	.028	.068	.032	.412
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (coping)	-.168	.117	-.128	-1.441
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (care)	-.106	.076	-.126	-1.404
ความทุกข์ทรมาน (suffer)	-.094	.052	-.158	-1.795
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.096	.025	.327	3.820*
R = .398 R ² = .158 F= 4.079 Constant = 2.525 S.E.est = .394				

*p<.05

เมื่อนำตัวแปรทำนายทั้งหมด 7 ตัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การทำงาน ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มาพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว

พบว่า สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ประมาณร้อยละ 15.8 ($R^2 = .158$) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยทั้งหมดในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.300	.090	.090	15.609*
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต, การเผชิญความเครียด	.340	.116	.026	10.265*

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต อธิบายความแปรปรวนของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .090 แสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้ร้อยละ 9 เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเข้าไป ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .116 ($R^2 = .116$) สามารถเพิ่ม

อำนาจการพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 นั่นคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาสามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลได้ประมาณร้อยละ 11.6 โดยที่เมื่อเพิ่มการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเข้าไปจะสามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.6 (R^2 change = .026) ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b

ตัวพยากรณ์	b	S.E.b	Beta	t
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (symp.)	.076	.023	.258	3.326*
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	-.218	.102	-.166	-2.137*
R=.340 R ² = .116 F= 10.265 Constant= 2.076 S.E.est = .397				

*p<.05

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปมาตรฐานพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสูงสุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต (Beta=.258) รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Beta= -.166) แสดงว่าการรับรู้

ความรุนแรงของอาการทางจิต เป็นอันดับแรกในการทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

วิจารณ์

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับที่เหมาะสมและไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่ต้องปรับปรุงเลยนั้นเป็นเพราะการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดาที่-น้องซึ่งมีความผูกพันทางสายเลือด ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่มีความผูกพันทางสายเลือด ย่อมมีความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน มองผู้ป่วยในแง่ดี ต้องการให้ผู้ป่วยหาย เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของครอบครัวที่จะต้องทำหน้าที่ดูแลเมื่อสมาชิกเกิดการเจ็บป่วย¹² ให้การดูแลด้วยความรักและเอาใจใส่ และผู้ป่วยเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนโดยไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งในพื้นที่ภาคใต้ตอนบนมีการบริการด้านจิตเวชชุมชน โดยการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะที่ดีต่อผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ¹³ นอกจากนี้ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ได้มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำอีกด้วย

เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลแรกที่ได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงที่เกิดขึ้น โดยอาการทางจิตที่เปลี่ยนแปลงมีทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบ หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นผู้ดูแลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการแสดงนั้น โดยการแสดงออกทางอารมณ์ โดยเฉพาะการวิพากษ์วิจารณ์ และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป¹⁴ เมื่อสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่ให้มีอาการรุนแรงหรือกำเริบ ผู้ดูแล ย่อมมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการทางจิตในระดับที่น้อย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูง จะทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแล¹⁵ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออก

ทางอารมณ์ในระดับต่ำ การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีการปฏิสัมพันธ์และมีการทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยในแต่ละวัน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่หรือบางรายมีอาการกำเริบ ไม่คงที่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทบางรายผู้ดูแลต้องคอยดูแล ให้ความช่วยเหลือหลาย ๆ ด้าน เช่น การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องการรับประทานยา หรือแม้แต่ต้องคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและรับผิดชอบงานมากขึ้นตามหน้าที่¹² ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเกิดในรูปของความรู้สึก ทุกข์ใจ ความเครียด วิตกกังวล จากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย¹⁶ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการใช้ทักษะและปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ยอมรับอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น จึงมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ทางบวกเหมาะสมตามมา

สรุป

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน อยู่ในระดับที่เหมาะสม ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกได้

ข้อเสนอแนะ

นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการปรับปรุงลักษณะบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ชูนิพันธุ์ ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Switzerland: World Health Organization; 1992.
2. มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยนิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2542.
3. สมชาย จักรพันธุ์. เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร. (อค์สำเนา); 2548.
4. ทิพย์ภา เชษฐไชยลิต. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.(อค์สำเนา); 2549.
5. Bebbington, P., Kuiper, L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia : the extension of expressed emotion to the clinical staff. Acta Psychiatrica Scandinavica 1994; 46-53.
6. Butzlaff, R.L. and Hooley, J.M. Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. Arch Gen Psychiatry 1998; 55 (6): 547-552.
7. เพชรวิ คันทสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

8. Sonpaveerawong ,J. 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; 2002.
9. ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี. การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531; 33 (กรกฎาคม-กันยายน) :99-105.
10. Kuipers, E., et al. Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. British Journal of Psychiatry 2006; 188: 173-179.
11. Karanci , A.N. and Inandilar, H. Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. Soc Psychiatr Epidemiol 2002; 37:80-88.
12. ภูมิมาภิชาติ แสงเขียว. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
13. จิตี เจริญสรรพ และคณะ. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.รายงานการวิจัย งานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2548.
14. King, S. ,Ricard, N., Rochon,V., Steiger,H., Nelis, S. Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia. Psychiatry Research 2003;117:211-222.
15. วันดี โตสุขศรี. ศึกษาความสามารถในการดูแลความเครียด และภาระในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
16. ดวงรัตน์ แซ่เตียว. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.