

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*

Factors Influencing Negative Expressed Emotion among
Caregivers of Patients with Schizophrenia*

จิสักดิ์ ประจงบัว, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) ¹

Jirasak Prajongbua, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) ¹

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing) ²

กรภัทร เสงอุดมกรัณย์, Ph.D. (Nursing) ³

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) ²

Pornpat Hengudomsab, Ph.D. (Nursing) ³

Received: April 10, 2020 Revised: May 10, 2020 Accepted: May 11, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต มีค่าความเชื่อมั่น .89 แบบประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .95 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .85 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: jirasak162522@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 45.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .450, p < .05$) โดยการรับรู้ภาวะการดูแลสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้มากที่สุด ($Beta = .512, p < .001$) รองลงมา คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ($Beta = .186, p < .05$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ($Beta = -.182, p < .05$) ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้ภาวะการดูแลและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สัมพันธภาพในครอบครัว

Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate the negative expressed emotion and its predicting factors among caregivers of patients with schizophrenia. The samples consisted of 120 caregivers of patients with schizophrenia who took the patients for treatment at Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The research instruments included the personal information questionnaire, the perception of the severity of psychotic symptoms questionnaire with the reliability of .89, the perception of the caregiver burden questionnaire with the reliability of .95, the problem-focused coping behavior questionnaire with the reliability of .78, the emotion-focused coping behavior questionnaire with the reliability of .78, the family relationship questionnaire with the reliability of .84, and the negative expressed emotion questionnaire with the reliability of .85. Data were collected from October to December, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that perception of the caregiver burden, emotion-focused coping behavior, and family relationship could statistically significant explain 45.50% of variance of the negative expressed emotion ($R^2 = .450, p < .05$). The most significant predicting factor was perception of the caregiver burden ($Beta = .512, p < .001$) followed by emotion-focused coping behavior ($Beta = .186, p < .05$) and family relationship ($Beta = -.182, p < .05$), respectively.

This research suggests that health care providers should apply these research results for designing interventions to reduce perception of the caregiver burden and emotion-focused coping behavior as well as to promote family relationship. This would encourage caregivers of patients with schizophrenia to have appropriate expressed emotion.

Keywords: Schizophrenia caregivers, Negative expressed emotion, Perception of the caregiver burden, Emotion-focused coping behavior, Family relationship

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่เป็นแล้วไม่หายขาดและอาจมีอาการกำเริบได้บ่อยครั้ง โดยพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 26 ล้านคน และมีอัตราการชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 580,181 คน 480,266 คน และ 455,118 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2562) สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 ที่พบว่ามีจำนวน 9,636 คน 9,621 คน และ 8,876 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์, 2562)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้เกิดความบกพร่องทั้งในส่วนการดูแลตัวเอง ความสามารถในการประกอบอาชีพและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ที่เป็นโรคนี้นี้มักแสดงลักษณะอาการด้านบุคลิกภาพและมีการรับรู้ที่ผิดปกติหรือบิดเบือนไป ทำให้บกพร่องในการทำหน้าที่ของตน (อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2556) การดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรัง ค่อยเป็นค่อยไป จนกระทั่งมีอาการรุนแรงมาก มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มาก และเกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว นำไปสู่พฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการทางจิตให้สงบ และลดความรุนแรงของอาการทางจิต หลังจากได้รับการรักษาจนอาการทางจิตทุเลาแล้วผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตัวเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) หรือเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2556) และป้องกันอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ

ปัจจุบัน กรมสุขภาพจิตมีนโยบายสำคัญ คือ การให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นและให้กลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นในช่วงแรก ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตัวเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่หากไม่รับประทานยาต่อเนื่อง มักพบความสนใจในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะเริ่มลดลง ไม่ดูแลตัวเองเรื่องการเจ็บป่วย (ชัชฎา คมขำ และรัชนิกร เกิดโชค, 2556)

มีความผิดปกติด้านกระบวนการคิด มีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ทำให้เกิดปัญหาในการทำงานร่วมกับผู้อื่น แม้แต่การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวและสังคม (อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2558) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในขณะที่มีอาการกำเริบและเมื่ออาการทุเลา เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ไม่ว่าจะดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตอาการต่างๆ หรือแม้แต่การพาไปพบแพทย์เมื่อมีอาการกำเริบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานมักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิมๆ เป็นเวลาที่ยาวนาน (อนันต์ตรี สมิทธิธรรมาเศรษฐ์, 2560) นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานมักทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เบื่อหน่าย หรืออาจทำให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ (อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2558) อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2555) แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง การเข้าสังคมลดลง และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมอาละวาดที่รุนแรง ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (อนันต์ตรี สมิทธิธรรมาเศรษฐ์, 2560) จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวสูงขึ้น ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลนั้น อาจเกิดจากความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา เมื่อพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง และใช้น้ำเสียง คำพูดเพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย หรือแม้แต่กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง แต่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ ยังแสดงออกด้วยความเห็นใจหรือก้าวก่ายต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จนิษฐา สุขทอง, 2554) จากสภาพครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมนี้ มีแนวโน้มเกิด

การเจ็บป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท (นาถนภา วงษ์ศีล, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิศา สุขตระกูล, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Ogbolu, Adeyemi, & Erinfolami, 2013)

การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกถึงบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบของน้ำเสียง ภาษา ท่าทาง พฤติกรรม และทัศนคติ (Brown, Birley, & Wing, 1972) โดยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comments) ซึ่งเป็นการใช้คำพูดและ/หรือน้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พอใจหรือไม่เห็นชอบต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วย แม้แต่การให้คำแนะนำเชิงตำหนิ 2) การมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over-involvement) ซึ่งเป็นการแสดงออกด้วยความห่วงใย กังวล การเอาใจจดจ่อโดยมีการแสดงออกที่มากเกินไป และ 3) การแสดงความเป็นมิตร (hostility) ซึ่งเป็นการแสดงถึงทัศนคติที่ไม่ยอมรับผู้ป่วยโดยไม่รู้ตัว โดยการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (กชพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลีอนุชราชชัย, และรัชนีกร เกิดโชค, 2558) เป็นผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเร็วขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว จะเป็นแนวทางในการลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมอาการของตนเองได้ และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

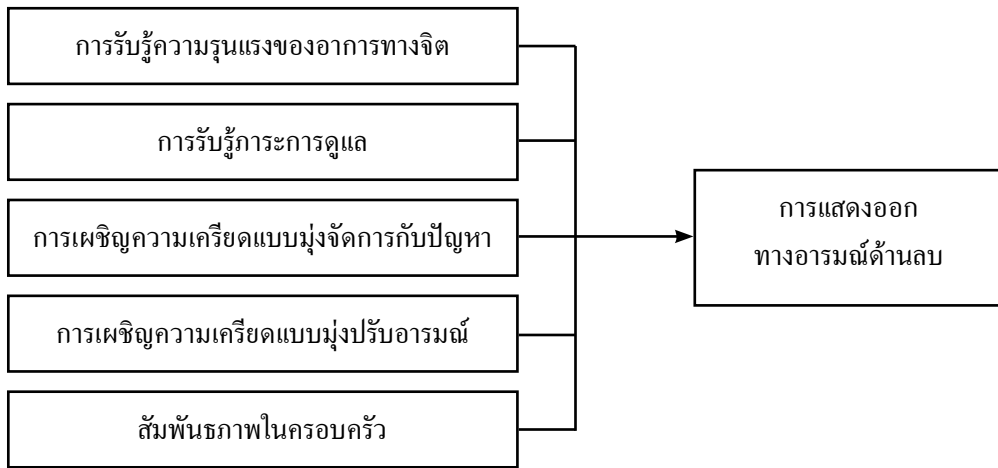
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Brown et al. (1972) มาอธิบายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย Brown et al. (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเป็นการกระทำที่แสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียง ภาษา ท่าทาง พฤติกรรม และทัศนคติ ทั้งในเชิงการวิพากษ์วิจารณ์ การมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และการแสดงความเป็นมิตรต่อผู้ป่วย โดยเชื่อว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยมาก จะรู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น และหากผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจในตัวผู้ป่วย รู้สึกกดดัน ตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง ส่วนผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นหลัก โดยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาน้อย จะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และมีความตึงเครียดทางอารมณ์มากขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ร่วมกับการที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะทำให้เกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว ขาดความรัก ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง และเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Green (1991) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคประจำตัว และบุคคลที่คอยช่วยเหลือ และส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ

เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเจ็บป่วย รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินอาการทางจิตของ Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต จำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง อาการสงบ คะแนน 1 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการน้อย จนถึงคะแนน 10 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-180 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงสูง

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery, Gonyea, and Hooyman ปี ค.ศ. 1985 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้ภาวะเชิงอัตนัย เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อความถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ และการรับรู้ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตขณะดูแลผู้ป่วย 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมืออิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง และการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ เป็นข้อความถามทางลบทั้งหมด รวมจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้การการดูแลต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้การการดูแลสูง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ในส่วนที่เป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เป็นความจริง เป็นความจริงน้อย เป็นความจริงบ่อยครั้ง และเป็นความจริงทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาสูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ในส่วนที่เป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เป็นความจริง เป็นความจริงน้อย เป็นความจริงบ่อยครั้ง และเป็นความจริงทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์สูง

ชุดที่ 6 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) แปลจากแบบประเมินของ Crandall ปี ค.ศ. 1980 แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแสดงบทบาทของสมาชิก ด้านการสื่อสารในครอบครัว ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และด้านการถ่ายทอดความรู้สึก จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดน้อยครั้ง ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดบางครั้ง ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดบ่อยครั้ง และตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-80 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

ชุดที่ 7 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ของชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ในส่วนที่เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยของ Sunpavervong ปี ค.ศ. 2006 ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. ปี ค.ศ. 1972 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการวิพากษ์วิจารณ์ การมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และการแสดงออกที่ไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับน้อย (20-40 คะแนน) ในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และในระดับมาก (61-80 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบสอบถามการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .89, .95, .78, .78, .84 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 01-08-2560 วันที่ 1 กันยายน 2560) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 10/2560 วันที่ 5 ตุลาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมินในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วนบริเวณคลินิก (ขณะนั้น เจ้าหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยให้) โดยใช้เวลา 45-60 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ข้อมูลการรับรู้การดูแล ข้อมูลการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ข้อมูลการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.98 ปี ($SD = 14.60$) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.20 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 13,267.08 บาท ($SD = 12,644.04$) ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลจิตเวช คือ เป็นบิดา มารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.70 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในช่วง 11-19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35

โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 11.88 ปี ($SD = 6.68$) ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.80 และมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 76.70

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75.80 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.40 ปี ($SD = 10.95$) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.80 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 0-1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72.50 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 2,771.67 บาท ($SD = 4,370.30$) และมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 11-19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.90 โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12.91 ปี ($SD = 7.13$)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตเท่ากับ 72.04 ($SD = 1.15$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลเท่ากับ 62.75 ($SD = 1.41$) มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาเท่ากับ 36.11 ($SD = .27$) มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เท่ากับ 22.06 ($SD = .36$) และมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 62.58 ($SD = .66$)

3. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเท่ากับ 47.79 ($SD = 10.94$) โดยส่วนใหญ่ มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.83 รองลงมา คือ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 26.67 และในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การรับรู้การดูแล และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .621, p < .001$ และ $r = .368, p < .001$ ตามลำดับ) และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.373, p < .001$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัว กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 120)

ตัวแปร	การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	
	r	p
การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต	.150	.051
การรับรู้การดูแล	.621	< .001
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	-.060	.258
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	.368	< .001
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.373	< .001

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้การดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ร้อยละ 45.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .450, p < .05$) โดย

การรับรู้การดูแลสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้มากที่สุด (Beta = .512, $p < .001$) รองลงมา คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Beta = .186, $p < .05$) และสัมพันธภาพในครอบครัว (Beta = -.182, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 120)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้การดูแล	.448	.065	.512	6.882	< .001
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	.524	.203	.186	2.578	.011
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.275	.109	-.182	-2.519	.013

Constant = 25.380, R = .670, $R^2 = .455$, adj $R^2 = .440$, F = 32.220, $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา มารดา มากที่สุด (ร้อยละ 41.70) ซึ่งมีความผูกพันกันทางสายเลือด และเป็นผู้ที่อบรมเลี้ยงดูผู้ป่วยมาตั้งแต่แรกเกิดย่อมมีความรัก ความผูกพัน มีความเข้าใจในอุปนิสัยหรือพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เกิดจากความเจ็บป่วย จึงมักมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีระยะเวลา

ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยถึง 11.88 ปี ซึ่งถือเป็นระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วย สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีการยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น มีการปรับตัวที่ดี รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น (แก้วตา มีศรี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2555) ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและคงที่มากขึ้น จึงไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของทัตชนา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับเหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะการดูแล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 45.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ภาวะการดูแลสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้มากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภาวะการดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่แสดงความรู้สึกถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว อันเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ในการดูแล ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เกิดความกดดัน ความเครียด และความเดือดร้อนในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานมักมีความทุกข์ใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือความรู้สึกกดดัน ตึงเครียด ทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิดหรือไวต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้นได้ง่าย เมื่อผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ดูแลก็จะหงุดหงิด โมโห อาจดุด่าหรือตำหนิผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่รุนแรง หรือเมื่อเกิดความตึงเครียดมากก็จะแสดงออกถึงความไม่เป็นมิตรมากขึ้น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทัตชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เพิ่มขึ้น ก็จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้นด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอัดอัด กดดัน เพราะต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน รวมทั้งต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ก้าวร้าว อาละวาด ผู้ดูแลมักใช้การเผชิญความเครียดที่เน้นการปรับอารมณ์ ตามด้วยการแก้ไขปัญหา และหากเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ผู้ดูแลมักใช้การเผชิญความเครียดด้วยการใช้กลไกทางจิตเพื่อสร้างสมดุลของจิตใจ (อนันต์ตรี สมิทินราเศรษฐ์, 2560) ซึ่งการใช้กลไกทางจิตอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้นชั่วคราว แต่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ รวมทั้งไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ ก็ะยังรู้สึกเครียดและกดดัน จากการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด (ไหมไทย

ไชยพันธุ์ และณัฐสุดา เต็มพันธ์, 2555) และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิตก็จะรู้สึกหงุดหงิดหรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า หากผู้ดูแลมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดี จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบน้อยลง โดยแสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นพื้นฐานของการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลในครอบครัว หากผู้ดูแลมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดี จะรู้สึกผูกพันต่อกัน ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีสามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่นไว้วางใจ ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น (อัครวัฒน์ เพ็ญพวงภักดิ์, 2561) นอกจากนี้ ความผูกพันในครอบครัวยังทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความมั่นคงทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา นามเหลา (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12.91 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการค่อนข้างคงที่และไม่ค่อยมีอาการทางจิตกำเริบ โดยอาจมีอาการทางจิตหลงเหลือบ้าง ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตไม่ค่อนสูงมากนัก การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตจึงไม่กระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลมากนัก ประกอบกับผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลายาวนาน จึงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถจัดการและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้มากขึ้น จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ค่อนข้างคงที่ ประกอบกับการสนับสนุนของทางโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์ ที่มีการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้แก่ผู้ดูแล แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ดูแลก็จะสามารถจัดการเบื้องต้นกับอาการดังกล่าวได้ หรือหากมีอาการรุนแรงมาก ก็จะส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ทันที การจัดการดังกล่าวจึงไม่กระทบต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลมากนัก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทมนต์ นิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์

ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทัตธญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า การรับรู้อาการทางจิตสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดามารดา มากที่สุด (ร้อยละ 41.70) และได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วเป็นเวลาค่อนข้างยาวนาน โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยถึง 11.88 ปี ซึ่งการดูแลเป็นเวลายาวนานนั้น ผู้ดูแลย่อมพบกับปัญหาและอุปสรรค และต้องใช้กระบวนการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาค่อนข้างมาก หากการแก้ไขปัญหาทางเลือกใดที่ได้ผล ผู้ดูแลก็จะใช้ทางเลือกนั้นโดยอัตโนมัติ หรืออาศัยประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหามากกว่าที่จะมุ่งพิจารณาถึงสาเหตุหรือจัดการกับปัญหาเพียงอย่างเดียว ประกอบกับผู้ดูแลยังมีทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เป็นแหล่งสนับสนุนในการแก้ไขปัญหา เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขึ้น ก็สามารถขอรับความช่วยเหลือหรือนำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาเพื่อลดอาการทางจิตได้อย่างทันที่ ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวถือเป็นการลดความเครียดของผู้ดูแลในระดับหนึ่ง ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้น จึงอาจไม่ได้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่สาเหตุเพียงอย่างเดียว แต่พยายามแก้ไขปัญหาที่ตนด้วยการให้ประสบการณ์หรือแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ จึงทำให้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทัตธญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค (2558) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้การดูแลและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และ

เสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความสามารถในการปรับตัว อัตมโนทัศน์ แรงสนับสนุนทางสังคม

2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

- กชพร รัตนสมพร, อรพรรณ ถีอนุญชัชชัย, และรัชนิกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 99-112.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- แก้วตา มีศรี, และเพ็ญญา แดงด้อมฤทธิ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 35-49.
- ชนิษฐา สุขทอง. (2554). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญญา คมจำ, และรัชนิกร เกิดโชค. (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 101-112.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัตชญา สมประดิษฐ, และรัชนิกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัย
 ทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว
 ผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*,
 29(2), 89-102.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแล
 ผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาระและความสามารถในการดูแล
 ผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ:
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัทธมนต์ นิคมสุข, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2557). ปัจจัย
 คัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจ
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
 และสุขภาพจิต*, 28(3), 49-62.
- นาถนภา วงษ์สีล, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิสา สุขตระกูล.
 (2556). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ
 ของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
 และสุขภาพจิต*, 27(3), 87-100.
- มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (บ.ก.). (2552).
จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
 รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (บ.ก.). (2558).
จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:
 บิยอนด์เอนเตอร์ไพรซ์.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์. (2562). *รายงาน
 ประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์
 ปีงบประมาณ 2562*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.
- วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชนิ สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ
 สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล, และเวชกา กลิ่นวิจิตร.
 (2547). *สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจ
 ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียง
 (รายงานผลการวิจัย)*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วาสนา นามเหลา. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช
 สระแก้วราชชนกรินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).
 ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบท
 สังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3),
 159-167.
- ไหมไทย ไชยพันธุ์, และณัฐสุดา เต็มพันธ์. (2555). ความสัมพันธ์
 ระหว่างความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตกับความเครียด
 ในการปฏิบัติงานของทหารในพื้นที่สามจังหวัดชายแดน
 ภาคใต้ โดยมีกลวิธีการเผชิญปัญหา เป็นตัวแปรส่งผ่าน.
วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนกรินทร์, 4(2), 40-58.
- อนันต์ตรี สมิทธิฐานเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัว
 ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย
 อีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(3),
 43-56.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2558). การบำบัดครอบครัว: บทบาทของ
 พยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*,
 29(1), 1-13.
- อัครวัฒน์ เพ็ญพวงกวัด. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ โรงพยาบาล
 หนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสาร
 ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(28), 72-84.
- 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.
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take
 to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral
 Research*, 26(3), 499-510.
- Ogbolu, R. E., Adeyemi, J. D., & Erinfolami, A. R. (2013).
 Expressed emotion among schizophrenic patients
 in Lagos, Nigeria: A pilot study. *African Journal
 of Psychiatry*, 16(5), 329-331.