



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ การรับรู้ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย โดยที่ความรู้สึกตัวและเขาวนปัญญายังคงปกติ (World Health Organization: WHO, 1992) โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคจิตเวชทั้งหมด พบว่าประมาณร้อยละ 40 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวชเป็นโรคจิตเภท ประชาชนทั่วไปมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 1-1.5 และอัตราความชุกของโรคจิตเภทในระดับโลกมีประมาณร้อยละ 0.5-1 หรือประมาณ 5-10 ต่อประชากร 1,000 คน (Long 2001; Gauttiere, 1999; Bethesda, 1999) แม้ว่าโรคจิตเภทจะไม่ก่อให้เกิดหรือเป็นสาเหตุของความตาย แต่พบว่าเกินร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ก่อให้เกิดการเสื่อมของความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม (Kaplan & Sadock, 2000)

ปัญหาสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือการกำเริบซ้ำของโรค พบว่ามีอัตราการกำเริบซ้ำสูงที่สุด (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่าโรคจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งก่อให้เกิดภาวะการสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคจิตเภท ถึงร้อยละ 11 ของความสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2548) ถึงแม้ว่าในการรักษาผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญกับการป่วยซ้ำ โดยการพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกับในปัจจุบันยารักษาโรคจิตได้มีการพัฒนาไปมากแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้หมดไปได้ เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งจากอาการของโรคและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของผู้ป่วย (ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต, 2549)

มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Sullivan, Well, Morgenstern & Leak, 1995) การใช้สารเสพติด การไม่มาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจตามนัด (Chen, 1991) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและบริบทของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำพบว่า การที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยถูกรังเกียจและถูกแยกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความสะเทือนใจ มีความเครียด ผลที่ตามมาคือเกิดการป่วยซ้ำ

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้ยึดนโยบายของการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Deinstitutionalization) (พหล วงศาโรจน์, 2541) ด้วยมีแนวคิดว่าครอบครัวคือแหล่งประโยชน์ที่สำคัญและดีที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

(Loukissa, 1995) และครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกระยะ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) จึงอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยด้านครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จากรายงานการศึกษาถึงปัญหาด้านครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Bebbington & Kuipers, 1994; Butzlaff & Hooley, 1998; เพชรี คันธสายบัว, 2544) โดยพบว่าความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเกิดการที่สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิติเตียนและการก้าวร้าวการกระทำทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับมาก (Sonpaveerawong, 2002) มีผลให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำ (ชะฤทธิ พงศ์อนุตร, 2531; Kuiper, et al., 2006) ก่อให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่ สัมพันธภาพทางสังคม ส่งผลทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล

การศึกษาถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา เริ่มต้นจากการศึกษาของ Brown et al. ในปี 1962 ได้ทำการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำ ซึ่งได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำ และได้มีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ซ้ำอีกหลายครั้ง โดยผลการวิจัยพบว่า ภายใน 9 เดือนหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปสู่ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีโอกาสป่วยซ้ำร้อยละ 58 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่จากครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำมีโอกาสกำเริบซ้ำเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น

การที่จะแยกว่าครอบครัวไหนมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงหรือต่ำ แยกได้โดยสังเกตจากแนวโน้มของครอบครัว คือ ครอบครัวที่มีความอบอุ่น มีความห่วงใย มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ร่วมกับมีความอดทน ยืดหยุ่น ไม่ก้าวร้าวซึ่งกันและกัน แสดงว่าครอบครัวนั้นมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ แต่ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มักไม่อดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีที่ไม่เหมาะสมและไม่ยืดหยุ่นกับผู้ป่วย มีความผูกพันทางอารมณ์สูง หรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ในครอบครัว (Rungreangkulkij and Giliss, 2000; Barrowclough & Hooley, 2003)

การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ภาษาพูด ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความชื่นชมและการแสดงความรักเป็นมิตร แบ่งออกเป็น การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ 1) การวิพากษ์วิจารณ์ 2) การแสดงความเป็นมิตร 3) ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป และการ

แสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ 1) การแสดงความชื่นชมและ 2) การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร จากการศึกษาวิจัยพบว่า องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำมีเพียง 3 องค์ประกอบได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ซึ่งอาจเป็นเพียงลักษณะใดลักษณะหนึ่งเท่านั้นก็ได้ (Baker, 1993; Giron & Gomez Beneyto, 1998; King & Dixon, 1999; ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2531; Sadock & Sadock, 2004) ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ซึ่งเป็นการแสดงออกในทางชื่นชม และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยในลักษณะนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับต่ำ และส่งผลต่อการป่วยซ้ำน้อยกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่กับผู้ดูแล ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงแม้ผู้ป่วยจะมีการใช้ยา รักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ก็ไม่สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้ (Leff, 1981) นอกจากนี้การศึกษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al. (1986); Tamminga & Schulz (1997 อ้างถึงใน อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับป่วยซ้ำสูง

การศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการศึกษาอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ โดยมีทั้งการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งในผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนรายงานการศึกษา พบว่าระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละสังคมนั้นไม่เหมือนกัน เช่น มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศอินเดียมีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศเดนมาร์คและอังกฤษ (Wig et al., 1987) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศอิตาลีส่วนใหญ่มีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (EOI) สูงกว่าด้านอื่น ๆ (Bertrando et al., 1992) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ฝรั่งเศสมีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์สูง (Barrelet et al., 1990)

การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงร้อยละ 37 แม้มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าพ่อ (Mino et al., 1995) ในขณะที่ประเทศอิหร่านนั้นพ่อมีระดับการวิพากษ์วิจารณ์สูงกว่าแม่ ส่วนในประเทศจีน มีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตเมือง พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมากกว่าการ

แสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์จะมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไปสูง (Phillips & Xiong, 1995)

ประเทศไทยการศึกษากการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาอยู่ในระดับปานกลาง (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533) ส่วนในภาคอีสาน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (ภรดี ไชยสิน, 2545) ซึ่งผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการแสดงออกทางอารมณ์ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนในการกำหนดความแตกต่างของการแสดงออกทางอารมณ์ในแต่ละสังคม (Lazarus, 1975 อ้างถึงใน วิภาดา แซ่ตั้ง; Ekman & Friesen, 1987; Ekman, 1994; Bhugra & McKenzie, 2003) สังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ โดยแต่ละสังคมและวัฒนธรรมจะมีความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐาน และประเพณีที่จะคอยกำหนดให้บุคคลในแต่ละท้องถิ่นแสดงออกต่างกัน การศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผ่านมา ผู้ศึกษาจึงได้เลือกศึกษาเฉพาะในบางพื้นที่ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมของแต่ละภาคของประเทศไทย พบว่าภาคใต้ มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เฉพาะ และชัดเจนกว่าภาคอื่น ๆ โดยพบว่า ภาคใต้มีการแสดงอารมณ์อย่างตรงไปตรงมา ลักษณะเด่นของบุคลิกชาวใต้คือ กล้าแสดงออก กล้าโต้แย้ง (เลิศชาย ศิริชัย, 2546) ซึ่งมีความแตกต่างจากภาคอื่น ๆ นอกจากนี้ภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง ยังมีความแตกต่างในด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี และศาสนา ภาคใต้ตอนล่างมีความหลากหลายในด้านการนับถือศาสนาอย่างเห็นได้ชัด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในพื้นที่ภาคใต้ตอนบนซึ่งมีความใกล้เคียงด้านวัฒนธรรม

การแสดงออกทางอารมณ์ มีการศึกษาในวัฒนธรรมอื่นมานาน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ ในต่างประเทศมีการศึกษา ในด้านการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกประกอบด้วย ความรุนแรงของโรคและทักษะในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Moore et al., 1992; Bebbington & Kuiper., 1994) บุคลิกเฉพาะตัวของผู้ดูแล (Schreiber et al., 1995) ภาระการดูแล ระยะเวลาในการเผชิญหน้าระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล (Scazuca & Kuiper, 1996; 1998) การไม่มีอาชีพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง พฤติกรรมที่น่ารำคาญของผู้ป่วย (Bentsen

et al., 1998) ความร่วมมือในการรับประทานยา ความทุกข์ทรมาน (Shimodera et al., 2000) อาการของโรค อายุของผู้ป่วย เครือข่ายทางสังคม (Humbeeck et al., 2002) ความรุนแรงของอาการทางจิต (King et al., 2003) และการศึกษาของประเทศไทยพบว่า สถานภาพทางการเงินของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล (ภรดี ไชยสิน, 2545) มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์

ส่วนการศึกษาที่ทดลองที่ผ่านมามีการศึกษาการลดการแสดงออกทางอารมณ์โดย ได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Cozolino et al., 1988) ฝึกทักษะการสื่อสาร และการแก้ปัญหา ภายในครอบครัว (Falloon et al., 1982, 1985 cited in Brooker., 1990) ในผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง และมีการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลและความทุกข์ทรมานสูงจากการดูแลผู้ป่วย (Stengard., 2003)

การศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาการลดการแสดงออกทางอารมณ์ในภาพรวม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ และคาดว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านลบและด้านบวกได้ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมีหน้าที่ให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวว่าอยู่ในระดับใด ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ในแต่ละด้านเป็นอย่างไร และในประเทศไทยมีปัจจัยอะไรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Karanci & Inandilar (2002) เป็นแนวทางในการคัดสรรตัวแปรต้น ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้มีการคัดเลือกตัวแปรที่จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยตัวแปรที่คัดสรรครอบคลุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งหมด ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลซึ่งจะสะท้อนภาระในการดูแลของผู้ดูแล และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

การศึกษาครั้งนี้ ต้องการศึกษากการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ลักษณะอย่างไร ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความเป็นมิตร และการแสดงออกในทางชื่นชม และด้านใดมีการแสดงออกสูงที่สุด

นอกจากจะได้ทราบเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์แล้ว ยังจะได้ทราบเกี่ยวกับ การเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของ อาการทางจิตและความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทาง อารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในบริบทของภาคใต้ตอนบน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูล ที่สำคัญเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล ให้คำแนะนำปรึกษา วิธีการแก้ไขปัญหาคำ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งเป็นแนวทางในการ จัดรูปแบบบริการพยาบาล เพื่อการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การ รับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการเผชิญหน้า ร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน โดยเลือกศึกษาปัจจัย ตามที่ Karanci & Inandilar (2002) ได้ศึกษา คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยได้อธิบายว่าปัจจัยด้านผู้ดูแล และผู้ป่วย มีความสำคัญต่อการออกแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดระดับการ แสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลส่งผลต่อการกลับป่วย ซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งตัวแปรประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน ปัจจัยด้าน ผู้ดูแลประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความทุกข์ทรมาน และ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ทางจิต

### ปัจจัยด้านผู้ป่วย

การทำงาน การที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ในระดับหนึ่ง ผู้ดูแลจึงไม่วิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตร และไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (ภรดี ไชยสิน, 2545) นอกจากนี้การมีงานทำของผู้ป่วยยังบ่งบอกถึงการมีรายได้ ที่จะสามารถลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว การที่ผู้ป่วยไม่ทำงานทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีการศึกษาพบว่าการทำงานหรือการไม่ทำงานของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Bentsen et al., 1998; Boye et al., 1999; ภรดี ไชยสิน, 2545) ดังนั้นการมีหรือไม่มีงานทำน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

### ปัจจัยด้านผู้ดูแล

ความเพียงพอของรายได้ รายได้ของครอบครัวเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และเอื้อให้บุคคลสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; พิศสมร เดชดวง, 2545) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการมีรายได้ของครอบครัวที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุหนึ่งของการแสดงออกทางอารมณ์ โดยพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีสถานภาพทางการเงินแบบไม่เพียงพอมีความแตกต่างจากผู้ดูแลที่มีสถานภาพทางการเงินแบบเพียงพอ (ภรดี ไชยสิน, 2545) และผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Leff et al., 1987) ความเพียงพอของรายได้น่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงความคิดและการกระทำหรือมุ่งแก้ไขความเครียดให้หมดไป ความเครียดเป็นสาเหตุโดยตรงของการแสดงออกทางอารมณ์ พ่อ แม่ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท จะมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ง่าย มีการศึกษาถึงการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในด้านการพยายามแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ (Solomon and Draine, 1995) เนื่องจากผู้ดูแลต้องประสบกับอาการหรือพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือสถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) และต้องแบกรับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแล ย่อมส่งผลต่อสุขภาพทางอารมณ์ทำให้ไม่สามารถควบคุมและแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall & Docherty (2000) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการเผชิญความเครียดแบบมุ่ง

แก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา น่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

**การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต** อาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนมีอาการคงที่แล้ว แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ซึ่งอาการของผู้ป่วยอาจจะแสดงในด้านอาการทางบวก อาการทางลบ หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม การแต่งกายสกปรก แปลก (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) มีการแยกตัวจากสังคม ยึดหรือหัวเราะคนเดียว (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) และบางครั้งอาจมี อาการรุนแรงถึงขั้น การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายข้าวของ พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอันตราย ทะเลาะวิวาท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2536) อันจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจ เกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับ การศึกษาซึ่งพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย (Moore and Kuipers, 1992; Oliver and Kuipers, 1996; Synder et al, 1994 cited in Humbeeck, 2002) และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

**ความทุกข์ทรมาน** เป็นผลที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย เป็นความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการดูแลหรือการทำหน้าที่ในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (Baker, 1989) สภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทจะอยู่ในภาวะเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ ผิดหวัง บางรายมีเวลานอนน้อยมากและตื่นกลางดึกเพราะเกิดความไม่สงบของผู้ป่วย การศึกษาของเอื้ออารีย์ สารีภา (2543) พบว่าอาการที่เกิดกับผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีภาวะสุขภาพทรุดโทรม ปรากฏอาการทางกาย ได้แก่ การนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย อาการด้านจิตใจ ได้แก่ หงุดหงิด อารมณ์เสีย วิดกกังวล เศร้า เกิดเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ ในสภาพการณ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการมีสภาพตึงเครียดด้านจิตใจตลอดเวลา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบสนองต่อแรงกดดันดังกล่าวด้วยการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรง ต่ำว่า ต่ำหนี วิพากษ์วิจารณ์ และทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนผู้ป่วย เอาอกเอาใจผู้ป่วยตลอดเวลา (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การศึกษาของ Barrowclough & Parle (1997) พบว่าผู้ดูแลที่มีความทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วยจะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงตลอดช่วงเวลาที่ดูแลผู้ป่วยด้วย และ Shimodera et al.(2000) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานกับการแสดงออกทางอารมณ์ ความทุกข์ทรมานจึงน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้



**ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** เป็นสิ่งที่แสดงถึงการกระทำของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล (วันดี โตสุขศรี, 2539) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแล (Scazufca and Kuiper, 1996; 1998) โดยผู้ดูแลจะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงเมื่อภาระในการดูแลสูงและมีการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล (จริยา วิทยะศุภกร, 2539; Bull, 1990 อ้างถึงใน วันดี โตสุขศรี, 2539) ดังนั้น หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกถึงภาระในการดูแลก็จะลดลงซึ่งจะส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ดังนั้นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทน่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

**ระยะเวลาการเผชิญหน้า** ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถึงการมีภาระเพิ่มมากขึ้น ในการที่ต้องเผชิญกับอาการแสดงและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จากการศึกษาของ Brown et al. (1972) พบว่าระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการติดต่อกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างน้อยที่สุด 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boye et al.(1999) พบว่าระยะเวลาที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการเผชิญหน้าหรือมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ตั้งแต่ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไปมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์น่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้

จากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแล และระยะเวลาการเผชิญหน้า น่าจะสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาของการเผชิญหน้า สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการทาง

จิต ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาของการเผชิญหน้า สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ประกอบด้วย จังหวัดสุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ชุมพร ระนอง กระบี่ พังงา ภูเก็ต

ตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรทำนาย คือ

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การทำงาน
2. ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และ ระยะเวลาของการเผชิญหน้า

ตัวแปรเกณฑ์คือ การแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะวิเคราะห์เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป
2. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร และการแสดงความชื่นชม

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ** หมายถึง การแสดงในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึงการใช้คำพูด และ/หรือการใช้ น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

2. การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การตำหนิติเตียน และการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง ตำหนิวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าตำหนิวิจารณ์ที่การกระทำ

3. ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion over-involvement) หมายถึง การมีความห่วงใยในผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือแสดงความเสียสละ การกระทำแทนผู้ป่วย โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไปไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

**การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก** หมายถึง การแสดงในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1. การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

2. การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และแสดงความชื่นชมยินดี ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

ในการวิจัยนี้ใช้แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สร้างโดย Sunpaweravong (2006) ตามแนวคิดของ Brown et al.(1972)

**ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบิดาหรือ มารดา สามีหรือภรรยา พี่น้องหรือบุตร หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ

**การทำงาน** หมายถึงงานที่ผู้ป่วยจิตเภททำประจำเพื่อเลี้ยงชีพ ตามความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันและมีค่าตอบแทนจากการทำงานนั้น แบ่งเป็น การมีงานทำและไม่มีการทำงาน

**ความเพียงพอของรายได้** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินรายได้ของตนเองและครอบครัวสำหรับ ใช้จ่ายในการครองชีพ การซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยา และการเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว แบ่งเป็น รายได้เพียงพอ และไม่เพียงพอ

**การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา** หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการแสดงทั้งด้านการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความเครียดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งสร้างและเรียบเรียงจากการศึกษาแนวคิดของ Jalowich (1983)

**การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต** หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ที่สังเกตเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตไปจากที่ตนเองเคย

รู้สึก ที่ครอบคลุมความรุนแรง เวลาหรือความถี่ รูปแบบของการเกิดอาการ และผลที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งวัดได้จากแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) จากการพัฒนาโดย Overall & Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 อาการ

**ความทุกข์ทรมาน** หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว สามารถวัดได้โดยแบบวัดความทุกข์ทรมานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการกระทำในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์ การดูแลเอาใจใส่ ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และความแข็งแรงทางด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล 4 ด้านคือ ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแล ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความแข็งแกร่งทางด้านร่างกาย และด้านความเอาใจใส่สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท สามารถวัดได้โดยแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดของ Denyes & Filday (1986)

**ระยะเวลาการเผชิญหน้า** หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์และการทำงานกิจกรรมร่วมกัน ในแต่ละวัน โดยคิดรวมกันในหนึ่งสัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ น้อยกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลให้สามารถวางแผนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เพิ่มคุณภาพการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข
2. เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ