



The Effect of a Psychiatric Family Caregiving Program on the Expressed Emotions of Caregivers of Persons with Schizophrenia in a Community*

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์
ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน*

ศุภรดา	วงศ์จำปา**	Suparada	Wongjumpa**
ภัทรภรณ์	พุ่มปิ่นคำ***	Patraporn	Tungpunkom***
สมบัติ	สกุลพรรณ****	Sombat	Skulphan****

Abstract

Highly expressed emotion is one cause for relapse in persons with schizophrenia. The purpose of this experimental research was to evaluate the effect of the Psychiatric Family Caregiving Program on the expressed emotions of caregivers of persons with schizophrenia living in a community. Twenty-four primary caregivers were purposively recruited at a psychiatric hospital. The samples were grouped using the matching technique in terms of the gender of the caregiver, the age and the number of hospitalizations for persons with schizophrenia, and simple random sampling to assign participants equally to an experimental group ($n = 12$) or a control group ($n = 12$). Three participants dropped out and ten remained for the experimental group with eleven for the control group. There were two types of instruments: 1) the data collection tools consisted of personal questionnaires and the Family Questionnaire (FQ); and 2) the intervention tool consisted of The Psychiatric Family Caregiving Program, with an expressed emotion focus, which consisted of activities over 6 weeks, once a week. The data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t-test, and one-way repeated ANOVA.

The results were as follows:

1. Expressed emotion scores for the experimental group at the one-month follow-up period were statistically significantly lower than those before receiving the program ($F = 6.076$, $p < 0.05$).
2. Expressed emotion scores for the experimental group at the one-month follow-up period were statistically significantly lower than those for the control group ($t = -1.757$, $p < 0.05$).

The expressed emotion of caregivers affected the persons with schizophrenia; therefore, psychiatric hospitals should enhance caregivers to express appropriate emotions.

Keywords: Psychiatric Family Caregiving Program; Expressed emotion; Caregivers of persons with Schizophrenia in a community

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate Student of Nursing Science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 5 March 2018; Revised 30 April 2018; Accepted 16 May 2018



บทคัดย่อ

การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 24 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการจับคู่ ในด้านเพศของผู้ดูแล อายุ และจำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน มีการถอนตัวจำนวน 3 คน เหลือกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามครอบครัว 2) โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่เน้นการฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent samples t-test และสถิติ one way repeated ANOVA.

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนของการแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.076, p < 0.05$)

2. คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.757, p < 0.05$)

การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลมีผลต่อกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังนั้นโรงพยาบาลจิตเวช ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญ

จิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง มีลักษณะของความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การพูด อารมณ์และพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั่วโลกมีประมาณ 21 ล้านคน โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความพร่องด้านความสามารถ (disability) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพด้านการศึกษาและการทำงาน อีกทั้งยังมีอายุสั้นกว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรทั่วไป 2-2.5 เท่า และมีอัตราความชุกของโรคจิตเภทประมาณ 3-10 ต่อประชากรพันคน (World Health Organization, 2016) พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าเพศหญิงถึง 1.4 เท่า (Suttajit & Srisurapanont, 2009) สำหรับประเทศไทยนั้น มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2013)

อัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 6 เดือน สูงถึงร้อยละ 52.5 (Roseliza-Murni, Oei, Fatimah, & Asmawati, 2014) และจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกที่กลับมารักษาซ้ำจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย (Alvarez-Jimenez et al., 2012) แสดงว่าการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานส่งผลให้มีการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องมีความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา วิธีการดูแล โดยอาศัยระยะเวลาในการดูแล (Tungpunkom, 2017) และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีอาการผิดปกติทางจิตหลงเหลืออยู่ (Lotrakul, 2015) ซึ่งอาจมีพฤติกรรมรุนแรง หากจัดการความโกรธได้จะสามารถลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ (Chamnan, Thugiaroenkul, & Skulphan, 2017) ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นอย่างมาก โดยอาจรู้สึกขาดอิสระ รู้สึกเป็นภาระและเครียดในการดูแล วิตกกังวลหรือกลัวในพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสัมพันธ์ภาพครอบครัวไม่ดี จนอาจเกิดผลกระทบหลายด้านกับผู้ดูแล โดยเฉพาะเกิดปัญหาสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต (Sarsanas, Intanon, & Vanaleesin, 2009; Lasebikan & Ayinde, 2013) อีกทั้งผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความคาดหวังสูงว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความสามารถทางจิตที่สงบแล้ว เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหวังจึงอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดหวัง มีความอดทนต่อปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง จึงใช้วิธีการดูแลที่ไม่เหมาะสมและไม่ยืดหยุ่น (McDonagh, 2005) หรือใช้เสียงที่ดังในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Hooley, 2007) ซึ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Sukthong, 2011)

การแสดงออกทางอารมณ์ตามแนวคิดของ บราวน์ และคณะ (Brown, Birley, & Wing, 1972) เป็นการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งจากคำพูด ภาษา ท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติ ซึ่งสามารถจัดหมวดหมู่เป็น 2 รูปแบบใหญ่ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (low expressed emotion: LEE) เป็นการแสดงออกในลักษณะที่ผู้ดูแลไม่ตำหนิและมีความเข้าใจในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotion: HEE) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไปใน 3 ลักษณะ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comments) การแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over-involved) โดยพบว่า การวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปเป็นคุณสมบัติของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล (Vaughn & Leff, 1981)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Kuipers et al., 2006) โดยพบว่าสภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบของโรคจิตเภทบ่อยครั้ง (Lotrakul, 2015) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านผู้ดูแลแล้วจะพบว่าเกิดจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และวิธีการดูแลที่ถูกต้อง (McDonagh, 2005) อีกทั้งมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทน้อย (Pongjantonstearn, 2006) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ภาวะสุขภาพจิต การรับรู้ภาระดูแล การทำหน้าที่ของครอบครัว และการรับรู้ตราบาปที่มีอิทธิพลกับการแสดงออก

ทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016) ดังนั้นการจัดการสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูง จึงอาจเป็นการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งส่งผลให้การป่วยซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลงได้

ปัจจุบันได้มีรูปแบบการบำบัดที่สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการรวมกลุ่มกันระหว่างผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Sukthong, 2011) อีกทั้งต้องอาศัยผู้บำบัดที่มีความชำนาญเฉพาะ และอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วยในระหว่าง การทดลอง และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งพัฒนาโดย ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตถินรินทร์กุล (Tungpunkom, Vadtanapong, Reungyos, Silpakit, & Mahannirunkul, 2005) เป็นการบำบัดรายกลุ่มซึ่งเป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะและบทบาทในการดูแล มีทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ซึ่งพบว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ผลการะของผู้ดูแล (Kulchai, 2007) เพิ่มทักษะการดูแลของผู้ดูแล (Pomkason, 2009; Kumlur, 2009) ลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแล (Puangchit, 2010) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวสามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจและทักษะในการดูแล อีกทั้งลดความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

จากการทบทวนวรรณกรรมแม้จะพบว่ามามีวิธีการที่ช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลและลดการป่วยซ้ำแล้วก็ตาม แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง บุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขมีจำกัด อีกทั้งผู้ดูแลมีทัศนคติด้านลบ และไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2008) จึงยังไม่สามารถแก้ไขปัญหา การกลับมาป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้หมดไปได้ และพบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวนี้เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษาอื่น ๆ ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ และทักษะเกี่ยวกับการบริหารยา สามารถเพิ่มทักษะในการดูแล ผลการะและความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีคชินทร์ และคณะ (Srikhachin et al., 2016) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล และการให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท มีการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ถูกต้อง เรียนรู้การแสดงออกที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลลดการรับรู้ภาระการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ (Sukthong, 2011)

ดังนั้นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และทักษะที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแลนี้ อาจเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการสาเหตุของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และลดอุปสรรคในการรวมกลุ่มกันของสมาชิกครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาดัดแปลงโดยเพิ่มการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและทดลองใช้เพื่อช่วยลดหรือปรับแก้การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่

ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนต้องให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งมีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนอย่างยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยมี 2 ลักษณะสำคัญ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Vaughn & Leff, 1981) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุจะพบว่าเกิดจากผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชและวิธีการดูแลที่ถูกต้อง มีความเครียด และเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล อีกทั้งพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาระในการดูแล และการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นมีอิทธิพลทางตรงกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Srihachin et al., 2016) การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่พัฒนาโดย ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และคณะ (Tungpunkom et al. 2005) โดยได้พัฒนามาจากแนวคิดการพัฒนาบทบาทของ ธรณ์ธอน และ นาร์ได (Thronton & Nardi, 1975) และแนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตาม แนวคิดของ เดรฟัส และ เดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, 1986) ผ่านกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การบริหารยา และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลด้วยความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น เพิ่มความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้ได้มีการเพิ่มการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลงได้ในที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการตรวจหรือมารับยาแทน ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยคำนวณกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.2 ซึ่งได้จากการคำนวณตามการศึกษาของ ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และคณะ (Tungpunkom et al. 2005) กำหนดอำนาจการทดสอบ 0.8 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 จากการเปิดตารางความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลและขนาดของตัวอย่างได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 12 คน

ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการแบ่งกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ 1) อายุตั้งแต่ 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นผู้ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันและเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่มีค่าตอบแทน 3) เป็นผู้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยการวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์จากแบบสอบถามครอบครัว (Family Questionnaire [FQ]) 4) มาตามนัดได้ 5) อ่านออกเขียนได้ และสื่อสารได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีเกณฑ์การไม่รับเข้ากลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดรูปแบบอื่น และหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทั้ง 6 ครั้ง ให้พิจารณายุติการเข้าร่วมวิจัย (discontinuing criteria) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 24 คน แล้วใช้เทคนิคการจับคู่ (matching technique) ตามเพศ อายุ

และจำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเพื่อแยกเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ถอนออกจากการวิจัย 3 คน เหลือกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นมีการปรับแก้และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท 2 คน และได้แก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที และสัปดาห์ที่ 2-6 ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเติมคำและเลือกตอบ สอบถามในด้าน เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงาน/อาชีพ ระยะเวลาที่ให้การดูแล อายุของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และจำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) แบบสอบถามครอบครัว (Family Questionnaire [FQ]) โดย วายดิแมน และคณะ (Wiedemann et al., 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย วัลลภา ทรงพระคุณ ในการศึกษาของ แมคแคนน์ และคณะ (McCann, et al., 2015) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 20 - 80 ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นที่ยอมรับและไม่ได้ดัดแปลงจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้ว จึงขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยผู้วิจัย ซึ่งได้มีการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือแล้ว เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย สอบถามความสมัครใจโดยมีการลงลายมือไว้เป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธ การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการบริการทางสาธารณสุขแต่อย่างใด ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องให้เหตุผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทุกข้อเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูล และบรรจุแบบสอบถามลงในซองปิดผนึกที่บับและจัดเก็บไว้ในแฟ้มข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอย่างมิดชิดเพื่อรักษาความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผ่านการฝึกการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วยความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยครอบครัว ความสำคัญ กิจกรรมการดูแล

กระบวนการดูแล และทักษะการดูแล โดยมีใบงานให้ผู้ดูแลวิเคราะห์และร่วมอภิปราย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ประกอบด้วย ความหมายของผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาที่พบบ่อย ความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับโรคจิตเวช สาเหตุของโรคและอาการที่สำคัญ โดยมีใบงานให้ผู้ดูแลวิเคราะห์และอภิปรายร่วมกัน และตอบแบบสำรวจอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่น ๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช โดยมีใบงานให้อภิปรายถึงผลของยาที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับ

สัปดาห์ที่ 4 ฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีใบงานให้จับคู่ฝึกการทำบทบาทสมมติ

สัปดาห์ที่ 5 ฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ โดยมีใบงานให้จับคู่ฝึกการทำบทบาทสมมติ หลังจากนั้นอภิปรายเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือในชุมชน

สัปดาห์ที่ 6 ฝึกทักษะเกี่ยวกับการบริหารยา โดยมีใบงานให้ผู้ดูแลอภิปรายร่วมกัน พร้อมทั้งผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่ผ่านมาทั้ง 6 ครั้ง และเปิดโอกาสให้ซักถามหรือให้ข้อเสนอแนะในการทำกิจกรรม

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามครบถ้วน และประเมินติดตามผล 1 เดือน หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามครบถ้วนในระยะหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยทดสอบ การกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่าชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ one way repeated ANOVA

3. วิเคราะห์และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่าชุดข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และพบว่าตัวแปรกลุ่มและระยะเวลามีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (interaction) จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ independent samples t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 21 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 80 และ 81.82 ตามลำดับ มีช่วงอายุเท่ากันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คืออยู่ในช่วงระหว่าง 46-55 ปี ถึงร้อยละ 40 และ 36.36 ตามลำดับ และช่วงอายุ 56-65 ปี ถึงร้อยละ 40 และ 36.36 ตามลำดับเช่นกัน โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นบิดา/มารดาและพี่/น้อง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 70 และ 63.64 ตามลำดับ ลักษณะการทำงานส่วนมากในกลุ่มทดลองคือเกษตรกรและรับจ้างถึงร้อยละ 40 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีลักษณะการทำงานส่วนใหญ่เป็นอื่น ๆ ถึงร้อยละ 36.36 คือ เกษของเก่าขาย ทำไม้กวาดขาย งานโรงงานและแม่บ้าน สำหรับระยะเวลาที่ให้การดูแลในกลุ่มทดลอง



ส่วนมากอยู่ระหว่าง 1-5 ปี และ 6-10 ปี ร้อยละ 40 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนมากอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 36.37 โดยอายุของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนมากในกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 20-30 ปี และ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่างอายุ 31-40 ปี ถึงร้อยละ 36.36 ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ถึงร้อยละ 70 และ 72.73 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยผลของ one way repeated ANOVA เมื่อมีการวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 10)

ระยะของการทดลอง	$\bar{X}$	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
ก่อนทดลอง	57.9	-	.08	.01*
หลังทดลอง	50.0	.08	-	.27
ติดตามผล 1 เดือน	47.6	.01*	.27	-

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองทันทีไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 21)

คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	57.9	5.82	54.73	2.20	1.62	.066
หลังทดลอง	50.0	11.06	54.91	6.35	-1.26	.111
ติดตามผล 1 เดือน	47.6	9.67	53.64	5.77	-1.76	.047*

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลองทันทีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในรูปแบบบิดา/มารดามากที่สุดถึงร้อยละ 50 ซึ่งเป็นผู้ที่อบรมเลี้ยงดูผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยสายเลือด มีความเข้าใจในความต้องการ การแสดงออก เป็นผู้มอบความรักความเอาใจใส่และยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อีกทั้งพบว่าผู้ดูแลที่มีจำนวนระยะเวลาการดูแลนานมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยมีประสบการณ์ในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดี (Meesri & Dangdomyouth, 2012) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยยังพบว่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ ระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวนี้ช่วยให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนลดลงได้ในระยะติดตามผล 1 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองทันทีที่ไม่มีความแตกต่างกันนั้น อาจเป็นผลจากระยะเวลาที่ให้การดูแลที่ยังน้อยอยู่ (1-10 ปี ร้อยละ 80) ซึ่งอาจส่งผลต่อประสบการณ์และความเข้าใจในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ โดยระยะเวลาในการดูแลที่นานขึ้นเรื่อย ๆ จะยิ่งเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Meesri & Dangdomyouth, 2012)

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเป็นโปรแกรมที่มีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อีกทั้งฝึกทักษะที่จำเป็นอย่างอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแล เช่น กิจกรรมครั้งที่ 1 โดยได้ให้ผู้ดูแลร่วมอภิปรายและวิเคราะห์ในประเด็นการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับผลเสียของการแสดงออกทางอารมณ์สูงและมีแนวทางในการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา สุขทอง (Sukthong, 2011) ที่พบว่ากิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ กิจกรรมที่ 3 เป็นการให้ความรู้เรื่องยาและการรักษาอื่น ๆ กิจกรรมที่ 4-6 เป็นการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ลดความคาดหวังเกินจริง ส่งผลให้ผู้ดูแลลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงลงได้ (Sukthong, 2011; Moxon & Ronan, 2008) ทั้งในกิจกรรมครั้งที่ 5 ให้ผู้ดูแลทราบอาการเตือนของการกลับมาป่วยซ้ำ สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และทราบแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน ซึ่งเป็นการแนะนำให้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ก่อให้เกิดความมั่นใจใน การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Nasr & Kausar, 2009)

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเป็นการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม เป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคม ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงลงได้ (Piyawatkul, 2009)

อีกทั้งเนื่องจากธรรมชาติของการแสดงออกทางอารมณ์จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงอาจต้องอาศัยเวลาในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและเพิ่มช่วงระยะเวลาในการประเมินผลติดตาม 3 เดือน (Moxon & Ronan, 2008) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลอง ทันทีของกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรม มีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อประเมินซ้ำในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม คือ คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวตลอดจนความตระหนักในกลยุทธ์การเผชิญปัญหาในปัจจุบันของตนเอง (Moxon & Ronan, 2008) สะท้อนให้เห็นว่าลักษณะของโปรแกรมที่มีความแตกต่างกันนั้นไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรง แต่จะมีความสอดคล้องกันในกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล ส่งผลให้สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทลงได้เช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีคชินทร์ และคณะ (Srikhachin et al., 2016) ที่กล่าวว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ภาระในการดูแล มีอิทธิพลทางตรงกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนเมื่อเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา วิธีการดูแล การแสดงออกทางอารมณ์ และฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย จิตเวชโดยครอบครัวแล้วนั้น สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภททุกราย ทั้งในส่วนของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. บุคลากรทางสุขภาพที่จะนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปใช้ ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และได้รับการฝึกอบรมก่อนนำไปใช้
3. การเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งอาจเจออุปสรรคในการรวมตัวกัน ดังนั้นควรมีการนัดหมายให้ชัดเจน ด้วยใบนัดและมีการแจ้งล่วงหน้าก่อนถึงวันเข้าร่วมกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนในระยะยาว โดยการติดตามประเมินผลระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน
2. ควรมีการศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนได้ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์และเพศของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์และ การใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ
3. ควรมีการศึกษาต่อในงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบบริบทของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ตลอดจนทราบถึงธรรมชาติของการแสดงออกทางอารมณ์



References

- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., ... Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 139(1), 116-128.
- 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.
- Chamnan, W., Thugiaroenkul, P., & Skulphan, S. (2017). Effectiveness of implementing the Anger Management program for patients with Schizophrenia: A case study of Uttaradit Hospital. *Nursing Journal*. 44(3). 125-133. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2008). *Community mental health. National Report 2008* (2nd ed.). Nonthaburi: Author. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2013). *Evaluation of public health services nationwide*. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp> (in Thai)
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: The Free Press.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236
- Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P., ... Garety, P. (2006). Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 173-179. doi: 10.1192/bjp.bp.104.007294
- Kumlur, W. (2009). *Effect of the Psychiatric family caregiving program on caregiving skills among caregivers of patients with Schizophrenia at Sahathai ward, Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province* (Unpublished independent study). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Kulchai, S. (2007). *Effect of the psychiatric family caregiving program on caregiving burden among caregivers of patients with schizophrenia in Srisatchanatai Hospital, Sukhothai Province* (Unpublished independent study). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Lasebikan, V. O., & Ayinde, O. O. (2013). Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates. *The Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 60-66.
- Lotrakul, M. (2015). Mental illness and other psychosomatic disorders in M. Lotrakul, & P. Sukanit (Eds.), *Ramathibodi Psychiatry* (4th Ed.). Bangkok: Mahidol University. (in Thai)



- McCann, T. V., Songprakun, W., & Stephenson, J. (2015). Effectiveness of guided self-help in decreasing expressed emotion in family caregivers of people diagnosed with depression in Thailand: A randomized controlled trial. *BioMed Central Psychiatry*, 15(1), 258. doi: 10.1186/s12888-015-0654-z
- McDonagh, L. A. (2005). *Expressed emotion as a precipitate of relapse in psychological disorder*. Retrieved from <http://www.Personalityresearch.org/papers/mcdonagh.html>
- Meesri, K., & Dangdomyouth, P. (2012). Selected factors related to capabilities among caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(1), 35-49. (in Thai)
- Moxon, A., & Ronan, K. (2008). Providing information to relatives and patients about expressed emotion and schizophrenia in a community-support setting: A randomized, controlled trial. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(1), 47-58.
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 17.
- Piyawatkul, N. (2009). Family role and family care in P. Udomrat, & S. Wasiknanon (Eds.), *Textbook of schizophrenia*. Songkhla: Suburban printing. (in Thai)
- Pongjantonstearn, C. (2006). *Factors predicting expressed emotion of family caregiver of schizophrenic patients, upper part of southern region* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Pomkason, T. (2009). *Effect of the Psychiatric family caregiving program on caregiving skills among caregivers of persons with Schizophrenia at Bangrakam Hospital, Phitsanulok Province* (Unpublished independent study). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Puangchit, M. (2010). *Effect of the psychiatric family caregiving program on caregiving stress among caregivers of persons with schizophrenia at Nanoi Hospital, Nan Province* (Unpublished independent study) Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Roseliza-Murni, A., Oei, T. P. S., Fatimah, Y., & Asmawati, D. (2014). Schizophrenia relapse in Kuala Lumpur, Malaysia: Do relatives' expressed emotion and personality traits matter? *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 188-198. doi: 10.1016/j.comppsy. 2012.12.026
- Sarsanas, P., Intanon, T., & Vanaleesin, S. (2009). Burden to caregivers of elderly schizophrenia patients. *Proceedings of the conference*, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Srihachin, P., Thapinta, D., Sethabouppha, H., & Thungjaroenkul, P. (2016). Expressed emotion among family caregivers of persons with schizophrenia: A causal model study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(4), 337-349.
- Suttajit, S., & Srisurapanont, M. (2009). Schizophrenia: Epidemiology and treatment. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 54(Suppl. 1), 21S-37S.
- Sukthong, K. (2011). *Effects of family group psychoeducation on burden and high expressed emotion in caregivers of schizophrenic patients in community* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)



- Thornton, R., & Nardi, P. M. (1975). The dynamics of role acquisition. *American Journal of Sociology*, 80, 870-885.
- Tungpunkom, P., Vadtanapong, S., Reungyos, L., Silpakit, P., & Mahannirunkul, S. (2005). *Psychiatric home care: Model and program for improving caregiver skills*. Conference, Chiang Mai. (in Thai)
- Tungpunkom, P. (2017). *Nursing care of persons with schizophrenia*. Chiang Mai: Smart Coating & Service. (in Thai)
- Vaughn, C. E., & Leff, P. J. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 43-44.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The family questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109(3), 265-279.
- World Health Organization. (2016). *Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/