



ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า
**Factors Predicting Negative Expressed Emotion Among Family Caregivers of
Persons with Major Depressive Disorder**

ภัทราภรณ์ วรสิรินารา

Pattraporn Worrasirinara

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of
Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)**

Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้เป็นโรคซึมเศร้า
ผู้เขียน	นางสาวภัทราภรณ์ วรสิรินารา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์)ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตุนนท์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)
กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังษี)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวภัทราภรณ์ วรสินาร่า)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวภัทราภรณ์ วรสินาร่า)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้เป็นโรคซึมเศร้า
ผู้เขียน	นางสาวภัทรภรณ์ วรสินารดา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และปัจจัยทำนายของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นโรคซึมเศร้า 3) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า 4) ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า 5) การทำหน้าที่ของครอบครัว 6) แรงสนับสนุนทางสังคม 7) การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ 8) ระดับความปรารถนาทางสังคม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของเครื่องมือส่วนที่ 1 – 4 และ 7 เท่ากับ 1.00, 1.00, .94, .97 และ 1.00 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 3 – 6 และ 8 โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85, .83, .80, .82 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.49$, $SD = 0.83$) ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 68.4 ($R^2 = .684$, $p = .01$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ($\beta = .532$, $p = .01$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .227$, $p = .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.197$, $p = .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ในการวางแผนการดูแลเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสำหรับผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

Thesis Title	Factors Predicting Negative Expressed Emotion Among Family Caregivers of Persons with Major Depressive Disorder
Author	Miss Pattraporn Worrasinara
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2018

ABSTRACT

This research aimed to study the level of negative expressed emotion and predicting factors among family caregivers of persons with major depressive disorder (MDD). The sample comprised 110 primary caregivers of persons with MDD from psychiatric hospitals in southern Thailand. The research instrument consisted of 8 parts: 1) general information of caregiver, 2) general information of persons with MDD, 3) negative expressed emotion, 4) subjective caregiver burden, 5) family functioning, 6) social support, 7) perceptions on severity of illness, and 8) social desirability scale. The content validity of instrument was verified by three experts. The content validity index of parts 1 – 4, and 7 were 1.00, 1.00, .94, .97 and 1.00 respectively. For the reliability of parts 3 - 6, and 8, the Cronbach's alpha coefficient was .85, .83, .80, .82 and .81 respectively. Descriptive statistics and multiple linear regression were used for data analysis.

The findings showed that negative expressed emotion among family caregivers of persons with MDD was at a moderate level ($M = 1.49$, $SD = 0.83$). Predictive factors could explain 68.4 percent of negative expressed emotion ($R^2 = .684$, $p = .01$). The factors that significantly predicted negative expressed emotion was subjective burden ($\beta = .532$, $p = .01$), perceptions of illness severity ($\beta = .227$, $p = .01$), and social support ($\beta = -.197$, $p = .01$). The findings could be used for psychiatric nurses and mental health personnel in designing a plan to decrease negative expressed emotion for caregivers of persons with MDD.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาชี้แนะและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิกาญจน์ คงสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ชี้แนะแนวทางในทุกๆ ขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความรัก เอาใจใส่และเมตตา อีกทั้งยังคอยสนับสนุนและให้กำลังใจจนผู้วิจัยสามารถทำงานวิจัยสำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ ดร.วิภา คันเนื่อง และคุณณอมศรี ศรีศิริพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ พยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสิงหนคร และโรงพยาบาลสุไหงโกทก ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าทุกท่าน ที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มอบทุนสนับสนุนการไปนำเสนอผลงานวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณแม่อรุณรัตน์ ครอบครัว และเพื่อนๆ ที่ให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ คอยอยู่เคียงข้างและให้กำลังใจเสมอมา

ภัทราภรณ์ วรสิรินารา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคซึมเศร้า.....	13
ผู้ดูแลและผลกระทบจากการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า.....	19
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า.....	22
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า	28
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	46
ผลการวิจัย.....	46
อภิปรายผลการวิจัย.....	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
ข้อเสนอแนะ.....	62
เอกสารอ้างอิง.....	63
ภาคผนวก.....	73
ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
ข การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	90
ค การแปลผลของตัวแปรการดูแลเชิงอัตนัย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ ความรุนแรงของโรค และการทำหน้าที่ของครอบครัว	92
ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	93
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	96
ประวัติผู้เขียน.....	97

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า.....	47
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปผู้เป็นโรคซึมเศร้า.....	49
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า.....	51
4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า.....	52
5 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณของปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า.....	53
6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปร ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค.....	92
7 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัว.....	92
8 แสดงการกระจายของข้อมูลตัวแปร.....	93
9 แสดงค่า Tolerance และ Variance inflation factor (VIF) ของตัวแปร.....	94

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิด.....	9

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและจากคาดการณ์ในอนาคต ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 350 ล้านคน มีอัตราความชุกอยู่ระหว่าง ร้อยละ 2 - 10 (กรมสุขภาพจิต, 2558) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะเป็นความเจ็บป่วยอันดับสองรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และในปี ค.ศ. 2030 จะมีผลกระทบรุนแรง มีความเจ็บป่วยพิการและเสียชีวิตเป็นภาระโรคอันดับหนึ่งของโลก จากการสำรวจทางระบาดวิทยาในคนไทยของชรินทร์ (2551) พบว่าคนไทยอายุระหว่าง 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.7 คิดเป็นจำนวนผู้ป่วย 1.5 ล้านคน โดยพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่สูงขึ้น ดังข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต (2560) พบจำนวนผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2559 เท่ากับ 63,112 คน และ 98,960 คน ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้เป็นโรคซึมเศร้าจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ

โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวช ที่ก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต การงานอาชีพ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ โดยพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียสุขภาพะสูงที่สุด ผลกระทบที่สำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2554) โดยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 6.07 ต่อประชากรแสนคนในปี 2557 เป็นร้อยละ 6.47 ต่อประชากรแสนคนในปี 2558 (กรมสุขภาพจิต, 2558) จึงทำให้ทั่วโลกให้ความสนใจกับปัญหาโรคซึมเศร้ามากขึ้น เนื่องจากผู้เป็นโรคซึมเศรมักมีอาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม และการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า ความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลง น้ำหนักลดหรือน้ำหนักเพิ่ม นอนไม่หลับหรือหลับมาก อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง ไม่สดชื่น สมาธิหรือความคิดความอ่านช้าลง มีความคิดด้านลบ เช่น รู้สึกตนเองไร้คุณค่า คิดอยากฆ่าตัวตาย (American Psychological Association, 2013)

ในการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลมักประสบปัญหาในการดูแลหลายอย่าง เช่น การขาดความรู้ในการดูแล การมีอคติต่อการเจ็บป่วย เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2558) สำหรับผู้ป่วยเองก็พบปัญหาหลายอย่างเช่นกัน เช่น ปัญหาการไปรับการรักษาวินิจฉัยและรักษาจากจิตแพทย์ พบผู้มีอาการของโรคซึมเศร้าเพียง ร้อยละ 4.9 ที่ยินยอมไปรับการรักษาวินิจฉัย

และรักษาจากจิตแพทย์ตามระบบส่งต่อของกรมสุขภาพจิต โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่ไปรับการรักษา เช่น ไม่มีญาติพาไป ไม่มีเวลา คิดว่าไม่เป็นอะไรมากและจะหายไปเอง (สถิตย์และสมพร, 2555) ปัญหาการกลับเป็นซ้ำ (relapse) และการกลับเป็นใหม่ (recurrent) โดยการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง หลังอาการซึมเศร้าทุเลาหรือหายไปแล้วเกิดอาการซึมเศร้าขึ้นอีกภายใน 6 เดือน ส่วนการกลับเป็นใหม่ หมายถึง การเกิดอาการของโรคกลับมาใหม่หลังอาการโรคซึมเศร้าครั้งก่อนหายไปนานกว่า 6 เดือน (กรมสุขภาพจิต, 2557) สำหรับการศึกษาของรัชชนกและพิเชฐ (2551) ซึ่งได้ติดตามการดำเนินของโรคและผลการรักษาผู้เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี พบว่าผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 88.2 และพบว่าผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่ขาดยา จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึง 4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่รับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งมีหลายการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง (Ohaeri, 2003; Saunders, 2003; Schulz et al., 2008)

ผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร คู่สมรส พ่อ แม่ หรือญาติใกล้ชิด (ณัฐกฤตาและรังสิมันต์, 2559) โดยผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลการรับประทานยา การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเอง การเคลื่อนไหวของร่างกาย และติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ทั้งชมเชย ให้กำลังใจ ไม่ตำหนิผู้ป่วย (นภกรณและอรพรรณ, 2554; สมกมลและอรพรรณ, 2558) การดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกลำบากในการดูแลและรับรู้ภาวะการดูแล ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ทั้งยังส่งผลด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย (Muscroft & Bowl, 2000) และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล คือ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีความเครียดจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (Van Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2004) ซึ่งผู้ดูแลจะมีการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วย ด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และการห่างเหินทางอารมณ์ (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012; Mahakittikun, Thapinta, Sethabouppha, & Kittirattanapaiboon, 2013)

การศึกษาเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ เริ่มต้นจากการศึกษาของบราวน์ เบอร์เลย์ และวิงก์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) ที่พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการกลับเป็นซ้ำ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย โดยแสดงออกผ่านทางภาษาและท่าทางของผู้ดูแล (Brown, Birley, & Wing, 1972; Hooley, 2007; Sunpaweravong, Weiss, Suttharangsee, & Isaramalai, 2007) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comments) การแสดงความเป็นมิตร (hostility) การแสดงความรู้สึกพัวพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotion over-involvement) ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย การแสดงความชื่นชม (positive remarks) และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (warmth) ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะพบในโรคจิตเภท ยังพบการศึกษาในโรคซึมเศร้าด้วย ทั้งๆที่โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเช่นเดียวกับโรคจิตเภท โดยโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง คือ ซีโรโทนิน นอร์เอพิเนฟริน และ โดปามีน ที่มีปริมาณลดลงมากกว่าปกติจากการมีกระบวนการดูดกลับของสารสื่อประสาทสมองมากเกินไป ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้าและมีลักษณะของโรคที่เรื้อรัง (สมภพ, 2557) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย เกิดการรับรู้ภาระการดูแล ทำให้มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้ (Koutra, Simos, Triliva, Lionis, & Vgontzas, 2016)

จากการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในโรคซึมเศร้าที่ผ่านมา พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า คือ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Hooley, Orley, & Teasdale, 1986; Mahakittikun, Thapinta, Sethabouppha, & Kittirattanapaiboon, 2013) ทั้งนี้ ฮูเล (Hooley, 2007) ได้อธิบายว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดสะสม ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อความเครียด โดยการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น ทำให้เซลล์ประสาทที่สมองฝ่อและลดจำนวนลง ส่งผลต่อสติปัญญาและความจำ หรือมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวลมากกว่าปกติ เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การศึกษาของฮูเล, ออเล, และทีสเดล (Hooley, Orley, & Teasdale, 1986) ซึ่งเป็นการศึกษาการติดตามผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่อาศัยกับผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในช่วงการศึกษาติดตามผลเดือนที่ 9 ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 59 สอดคล้องกับการศึกษาของมหากิตติคุณ ต๊ะปินตา เศรษฐบุปผา และกิตติรัตน์ ไพนุลย์ (Mahakittikun, Thapinta, Sethabouppha, & Kittirattanapaiboon, 2013) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายในการกลับเป็นซ้ำในผู้เป็นโรคซึมเศร้า

พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ ร้อยละ 69.3 โดยการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำได้มากที่สุด ($\beta = .44, p = .005$) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงสนใจศึกษาเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า คือ ลักษณะของครอบครัว (Tompson, Connor, Kemp, Langer, & Asarnow, 2015) แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า การศึกษาส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มของผู้ดูแลผู้เป็นโรคจิตเภท โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ คือ ภาวะการดูแล (Nirmala, Vranda, & Reddy, 2011) ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (ทัศนญาและรัชนิกร, 2558) การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค และภาวะสุขภาพจิต (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016) การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์, 2552) การรับรู้ตราบาป (Phillips, Pearson, Li, Xu, & Yang, 2002) การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรู้สึกเครียด (Sadath, Muralidhar, Varambally, Gangadhar, & Jose, 2017) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในวัฒนธรรมและบริบทของครอบครัวไทย พบว่า ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนในการกำหนดความแตกต่างของการแสดงออกทางอารมณ์ โดยสังคมไทยจะเชื่อในเรื่องพระพุทธศาสนา ทำให้มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ คนไทยส่วนใหญ่ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ ความรู้สึก และความเชื่อในเรื่องของความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ (ชญาธิศวรร, 2555) ทั้งนี้จากการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้เป็นโรคจิตเภทในคนไทย โดยสรรพวีรวงศ์ ไวลส์ สุทธิรังษี และอิสระมาลัย (Sunpaweravong, Weiss, Suttharangsee, & Isaramalai, 2007) พบว่ามี 2 องค์ประกอบเพิ่มขึ้นจากกรอบแนวคิดของบราวน์ เบอร์เลย์ และวิงก์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) คือ การห่างเหินทางอารมณ์ (emotional under-involvement) และการควบคุมอารมณ์ (emotional regulation)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบจากงานวิจัยที่ผ่านมาและจัดกลุ่มปัจจัยได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยใน

แต่ละสัปดาห์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งแต่ละตัวแปรมีการศึกษาพบความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ดังนี้ ลักษณะของครอบครัว โดยพบว่าลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ($p < .01$) (Kurihara, Kato, Tsukahara, Takano & Reverger, 2000) และครอบครัวเดียวจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่สูงกว่าครอบครัวขยาย (Tompson, Connor, Kemp, Langer, & Asarnow, 2015) การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ($r = -.40, p < .05$) (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ($r = -.59, p < .05$) (Sadath, Muralidhar, Varambally, Gangadhar, & Jose, 2017) ภาวะการดูแลเชิงอ้อม (หมายถึง ความรู้สึก ทศนคติ หรือการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ($r = .482, p < .05$) (ทัตชญาและรัชนิกร, 2558) ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ โดยพบว่าในการดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละมากกว่า 35 ชั่วโมงขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ($r = .231, p < .05$) (ชนมาภรณ์, 2552; Brown, Birley, & Wing, 1972) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ($r = .31, p < .05$) (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016)

จึงเห็นได้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้เป็นโรคซึมเศร้า คือ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า คือ ลักษณะของครอบครัว แต่ไม่ปรากฏการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆในกลุ่มผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และให้กิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแลและผู้เป็นโรคซึมเศร้า นำไปสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและทำนายได้มากน้อยเพียงใด

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของคนไทยของสรรพวีรวงศ์ ไวส์ สุทธรังษี และอิสระมาลัย (Sunpaweravong, Weiss, Suttharangsee, & Isaramalai, 2007) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของบราวน์ เบอร์เลย์ และวิงก์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) ที่ได้อธิบายว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comments) การแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotion over-involvement) และการห่างเหินทางอารมณ์ (emotional under-involvement)

สำหรับปัจจัยทำนาย ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และจัดกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านครอบครัว อันประกอบด้วย ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแลประกอบด้วย ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมีรายละเอียดแต่ละปัจจัย ดังนี้

ลักษณะของครอบครัว เป็นปัจจัยทางประชากรศาสตร์ โดยลักษณะครอบครัวเดียวจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่สูงกว่าครอบครัวขยาย (Tompson, Connor, Kemp, Langer, & Asarnow, 2015) เนื่องจากครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าครอบครัวขยาย

ทำให้หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นของสมาชิกหลักของครอบครัว คือ สามี ภรรยา บุตร ในขณะที่ครอบครัวขยายมีญาติพี่น้องเป็นสมาชิกในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ (อุมพร, 2544) ในบางครอบครัวอาจมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ส่งผลให้เกิดความยากลำบาก ความเป็นอยู่ทั่วไปส่วนใหญ่แตกต่างจากเดิมอย่างชัดเจน ต้องรับผิดชอบภาระบทบาทหน้าที่ทั้งหมด ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวขาดแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน เกิดความเครียดสะสม (จิรนนท์, โสวัตรี, และอรนัลดดา, 2557) ทำให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติแง่ลบในการดูแลผู้ป่วย และแสดงออกด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ (Chan, 2010)

การทำหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (McMaster as cited in Dai & Wang, 2015) คือ ภารกิจที่ครอบครัวปฏิบัติต่องานพื้นฐานของชีวิต พัฒนาการของชีวิต และวิกฤตการณ์ของครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ต่อไปได้ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม (Trangkasombat, 2006) โดยครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าจะมีการทำหน้าที่บกพร่องกว่าครอบครัวทั่วไป ซึ่งได้มีการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า มีการทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องสูงถึงร้อยละ 96.7 ทั้งนี้ด้านที่พบว่ามีการทำหน้าที่บกพร่องในอัตราสูง คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ และความผูกพันทางอารมณ์ (Trangkasombat, 2008) จากการศึกษาของศรีคชินทร์ ต๊ะปีนตา เศรษฐบุปผา และทั้งเจริญกุล (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = -.40, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ที่บกพร่อง ผู้ดูแลจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ตามแนวคิดของมอนโกเมอรี กอนเยีย และฮอยแมน (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) อธิบายว่า ภาระการดูแล เป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย สามารถแบ่งภาระการดูแลเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) และภาระเชิงปรนัย (objective burden) ซึ่งจากการศึกษาของทัตชญาและรัชนิกร (2558) พบว่า ภาระการดูแลเชิงอัตนัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = .482, p < .05$) และภาระเชิงปรนัยเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ภาระการดูแลเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วย ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยบางกิจกรรม หรือแทนทั้งหมดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้ป่วย เกิดความยุ่งยาก ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความกดดัน เกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (ทัตชญาและ

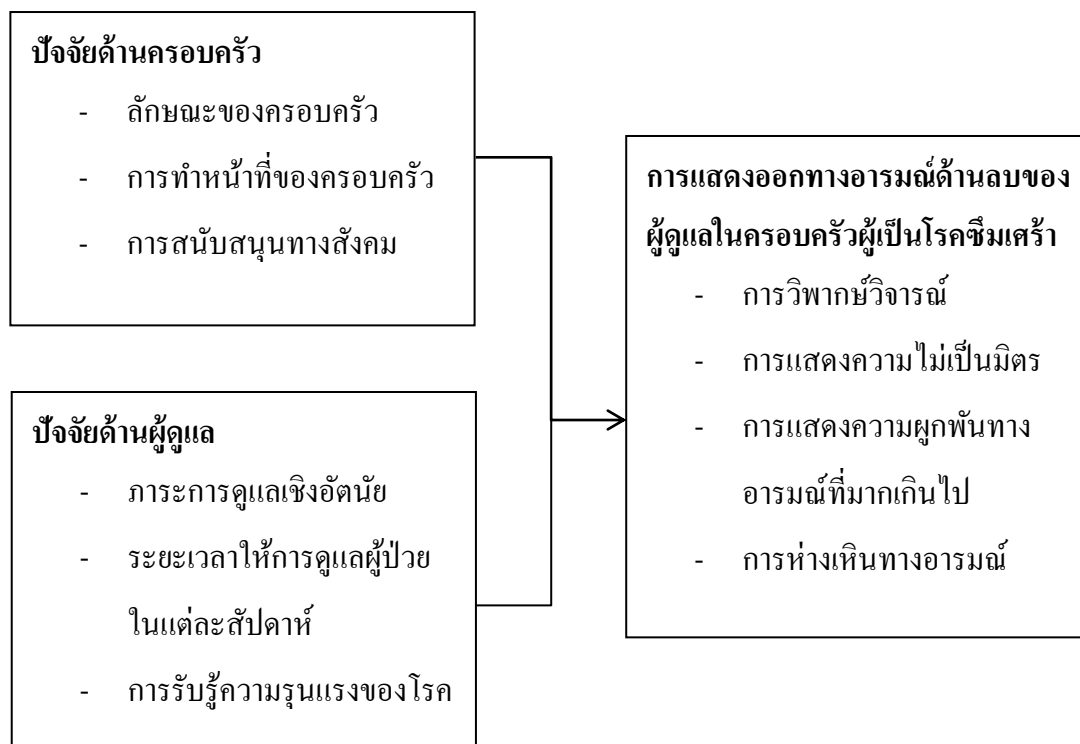
รัชนีกร, 2558; นภากาศและอรพรรณ, 2554; สมกมลและอรพรรณ, 2558; Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016)

ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้ป่วยเพื่อดูแลกิจกรรมต่างๆ โดยพบว่าระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละมากกว่า 35 ชั่วโมงขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล (Brown, Birley, & Wing, 1972) และการศึกษาของชนมากรณ์ (2552) พบว่า ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = .231, p < .05$) และการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลสูงขึ้น (Shamsaei, Cheraghi, & Bashirian, 2015)

การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมในด้านต่างๆ โดยผ่านการช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนจากบุคคลในด้านต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการป้องกันความเครียด (นั่นก็คือ, อัจฉราพร, ประภา, และธณชัย, 2556) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่สูง จะรู้สึกได้ว่าตัวเองสามารถพึ่งพิงผู้อื่นได้ มีคนคอยสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบลดลง ($r = -.59, p < .05$) (Sadath, Muralidhar, Varambally, Gangadhar, & Jose, 2017)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค อาการของโรคเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญตลอดระยะเวลาการดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้ามักมีอาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม การเคลื่อนไหว และบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (มาโนช, 2555) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจ เกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = .31, p < .05$) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนอง โดยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เนื่องจากผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรค (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016)

ดังนั้น กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้สามารถแสดงได้ดังแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้

นิยามศัพท์

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึง การแสดงออกทั้งด้านภาษา ท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์และทัศนคติทางลบที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ประเมินได้จากคำถามในแบบสอบถาม การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแลของปราณี (2551) ซึ่งสร้างมาจากองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คนไทย ของสรรพวิรวงศ์ ไวส์ สุทธรังษี และอิสระมาลัย (Sunpaweravong, Weiss, Suttharangsee, & Isaramalai, 2007) ตามกรอบแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของ บราวน์ เบอร์เลย์ และวิงค์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ ด้านลบ ได้แก่ 1) การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comments) 2) การแสดงความเป็นไมตรี (hostility) 3) การแสดงความรู้สึกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotion over-involvement) 4) การห่างเหินทางอารมณ์ (emotional under-involvement)

ลักษณะของครอบครัว หมายถึง ขนาดของครอบครัว แบ่งเป็น ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย สามิ ภรรยา และลูก ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน และครอบครัวขยาย ประกอบด้วยเครือญาติตั้งแต่ 3 ชั่วคนขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์กันโดยการเกิดหรือการแต่งงานมาอยู่ร่วมกัน ประเมินได้จากข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง ภารกิจที่ครอบครัวปฏิบัติต่องานพื้นฐานของชีวิต พัฒนาการของชีวิตและวิกฤตการณ์ของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้ ประเมินได้จากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory : CFI) ของอุมาพร (2544) ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (McMaster as cited in Dai & Wang, 2015) ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป

การดูแลเชิงอัตนัย หมายถึง ความรู้สึก ทัศนคติ หรือการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น รู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย ประเมินได้จาก แบบประเมินการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ (2544) ตามแนวคิดของมอนท์โกเมอรี (Montgomery et al., 1985)

ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกัน โดยคิดรวมกันในวันหนึ่งสัปดาห์ ประเมินได้จากข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ที่ตนเองได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองและสนับสนุนจากบุคคลในกลุ่มสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งตามแนวคิดของแบรนด์ท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม 2) ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง 3) ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

ประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิรภา (2532) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของแบรนด์ท์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1981)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ดูแล ต่อระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็น ประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ และเป็นสมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ให้การดูแลอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

พยาบาลจิตเวชและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนเอกสารงานวิจัย ดังนี้

1. โรคซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
 - 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
2. ผู้ดูแลและผลกระทบจากการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า
 - 2.1 บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล
 - 2.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า
3. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า
 - 3.1 ความหมายและองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ
 - 3.2 ผลกระทบจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลต่อผู้เป็นโรคซึมเศร้า
 - 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า
 - 4.1 ปัจจัยด้านครอบครัว
 - 4.1.1 ลักษณะของครอบครัว
 - 4.1.2 การทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 4.1.3 การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล
 - 4.2.1 ภาระการดูแลเชิงอัตนัย
 - 4.2.2 ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์
 - 4.2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
5. สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ทั่วไป จากการสำรวจทางระบาดวิทยาพบว่า คนไทยอายุ 15 - 59 ปี ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 3.2 โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แม้ว่าโรคนี้จะไม่ทำให้เสียชีวิตโดยตรง ยกเว้นผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าก็เกิดอาการได้ และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 4 เมื่อวัดจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) และในปีค.ศ. 2020 คาดว่าจะเลื่อนขึ้นเป็นอันดับ 2 (กมลเนตร, 2558; นันทิกา, 2548; WHO, 2012)

ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อตัวเองในทางลบ มักเกิดขึ้นเมื่อเกิดความรู้สึกไร้พลังและหมดหวัง มีอาการซึมเศร้าเป็นอาการนำและเป็นอาการแสดงที่เด่นชัดที่สุด เกิดร่วมกับอาการอื่นๆ ได้แก่ รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง กระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเองมากผิดปกติ สมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย และมีอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลรบกวนการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน (พจนาน, 2557; American Psychological Association, 2013)

สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งสาเหตุทางชีวภาพ และสาเหตุทางด้านจิตสังคม อธิบายสาเหตุการเกิด ดังนี้

1. สาเหตุทางด้านชีวภาพ

1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่าญาติสายตรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีโอกาสเป็นโรคนี้อีกมากกว่าคนทั่วไปประมาณ 2 - 3 เท่า (พิชัยและศิริไชย, 2558) หากบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้า ร้อยละ 27 หากทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้า ร้อยละ 54 และอัตราการเกิดโรคเหมือนกันในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันสูงถึงร้อยละ 70 (Yulug, Ozan, Gonul, & Kilic, 2009) และจากศึกษาายังพบว่า พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับ

กับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในญาติสายตรงจะมีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 7 (Varcarolis, 2006)

1.2 ทฤษฎีชีวเคมี เชื่อว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของการควบคุมสารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โดปามีน (dopamine) และนอร์อิพิเนพริน (norepineprine) (อัจฉราพร, 2557) โดยพบว่าสารสื่อประสาทในสมองมีปริมาณลดลง เนื่องจากมีกระบวนการดูดกลับของสารสื่อประสาทมากเกินไป ผลจากความผิดปกติดังกล่าวทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ ในระยะยาวทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ (สายฝน, 2554) นอกจากนี้ได้มีการศึกษากลไกการออกฤทธิ์ของยาต้านเศร้า พบว่ายาจะช่วยเพิ่มสารสื่อประสาทบริเวณรอยต่อของเซลล์ประสาท และปรับเปลี่ยนความไวของตัวรับสารสื่อประสาท ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น (Sargent et al., 2000)

1.3 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โรคซึมเศร้าเกิดจากการทำงานผิดปกติของพิทูอิทารีออดินอลแอกซิส (hypothalamic pituitary adrenal axic) โดยพบว่า มีการทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระดับกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการยับยั้งกระบวนการสร้างและซ่อมแซมสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ทำให้เซลล์สมองเกิดการฝ่อและตายลง นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของของคอร์ติซอล (cortisol) และ Thyroid stimulating hormone (thyroid stimulating hormone) จะหลั่งน้อยกว่าปกติ (อรพรรณและพีรพนธ์, 2553) มีการศึกษาพบว่า ผู้เป็นโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของบริเวณสมองส่วนลิมบิก (limbic system) ซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนและบริเวณบาซอลแกงเกลีย (basal ganglia) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านอารมณ์และความคิด (Monkul et al., 2007)

2. สาเหตุทางด้านจิตสังคม

2.1 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory) เชื่อว่าโรคซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยสะสมความคิด ความรู้สึกทางลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมมาเป็นระยะเวลานาน จนเกิดความเคียดแค้นและติดเป็นนิสัย ก่อให้เกิดความแปรปรวนของระบบความคิด จนเกิดความผิดปกติทางจิต (สายฝน, 2559) คลาร์กและเบ็ค (Clark & Beck, 2010) ได้อธิบายว่าผู้เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองต่อตนเอง ประสิทธิภาพ สิ่งแวดล้อม และอนาคตในทางลบ โดยจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้ง และคอยเอาเปรียบ และมองอนาคตว่ามีแต่ความทุกข์ และความล้มเหลว

2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ فروยด์เชื่อว่า การแสดงพฤติกรรมของคนเกิดจากจิตใต้สำนึก โดยอธิบายว่า โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุมจิตใต้สำนึก ขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ถูกกดดันด้านการแสดงออกทางเพศ ขาดการเลี้ยงดูที่

เหมาะสม และเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนามโนธรรม (superego) ถูกยับยั้งจากการขาดความรัก ความอบอุ่น ประสบการณ์สูญเสีย หรือพลัดพรากจากสิ่งที่รักในวัยเด็ก เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่และต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความสูญเสียอีกครั้ง ทำให้รู้สึกเครียด กังวล เชื่อมโยงประสบการณ์สูญเสียครั้งใหม่กับอดีต เกิดความรู้สึกโกรธ หันเหวี่ยงโกรธเข้าหาตนเอง นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า (มาโนช, 2555; Fekadu, Rane, Wooderson, Markopoulou, Poon, & Cleare, 2012)

2.3 เหตุการณ์ในชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพต่างๆ ผู้ป่วยมักเจอเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี ก่อนที่จะเกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น พบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส เพื่อนสนิท ปัญหาความสัมพันธ์ การแยกทางหรือการหย่าร้าง การเจ็บป่วยของ คนใกล้ชิด (ชรณินทร์, 2551; Dalgard et al., 2006)

2.4 บุคลิกภาพ ผู้ป่วยมักมีแนวคิดที่ทำให้ตัวเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองหรือ มองโลกในแง่ลบ เห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง เมื่อมีสถานการณ์สิ่งแวดล้อมเข้ามากระตุ้น ผู้ที่วิตกกังวลง่าย ไม่ยืดหยุ่น และผู้ที่ชอบความสมบูรณ์แบบมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้ รวมถึงผู้ป่วยที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบพึ่งพา มีลักษณะชอบพึ่งพา ยึดติดกับผู้อื่น ไม่กล้าตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ ไม่มีความมั่นใจในตนเอง กลัวผู้อื่น ไม่ยอมรับคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (พิชัยและศิริไชย, 2558; อรวรรณ, 2559)

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าจะมีอาการและอาการแสดง 4 ด้าน ที่สำคัญ คือ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย ดังนี้ (สมภพ, 2557; สายฝน, 2559; American Psychological Association, 2013; Stuart, 2013)

1. ด้านอารมณ์

ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า เป็นอาการแสดงหลัก รู้สึกหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้าจะมีมากสุดในตอนเช้าและจะดีขึ้นตอนเย็นหรือค่ำ มีอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มักพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงแต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีความสุข หดความสนใจในกิจกรรมที่ชอบ รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ไม่ควรมีชีวิตอยู่

2. ด้านความคิด

ผู้ป่วยจะมีความคิดเชิงซ้ำ ทำอะไรต่างๆซ้ำลง คิดอะไรไม่ออก คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความทุกข์ของตนเอง ขาดสมาธิ ลืมง่าย ความจดจ่อหรือระยะเวลาในการทำกิจกรรมสั้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การเรียน และการทำงาน ความสามารถในการคิดและตัดสินใจแย่งลง มีความคิดและทัศนคติต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมในทางลบ หวาดกลัว ระวัง รู้สึกไม่ไว้วางใจคนรอบข้าง คิดว่าไม่มีใครรัก ไม่มีใครเข้าใจ รู้สึกหมดหวัง รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยนำไปสู่ความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย

3. ด้านพฤติกรรม

ผู้ป่วยจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แยกตัวจากผู้อื่น ไม่สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทำอะไรเชิงซ้ำไม่ค่อยเคลื่อนไหว ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงหรือเป็นโรค อาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ จึงควรประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า

4. ด้านร่างกาย

อาการที่พบบ่อย คือ นอนไม่หลับ โดยอาจตื่นตอนดึกและหลับต่อยาก ผื่นร้าย ตื่นบ่อย เข้านอนแล้วหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นเช้ากว่าปกติ อาจนอนหลับมากในช่วงเวลากลางคืนหรือกลางวัน อ่อนเพลียง่ายและไม่มีแรง ไม่สดชื่น เบื่ออาหาร ไม่หิว ส่งผลให้น้ำหนักลดลง บางรายอาจพบว่ากินมากกว่าปกติ ส่งผลให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ความรู้สึกและความต้องการทางเพศลดลง รวมทั้งมีอาการทางกายที่เกิดจากความเครียด เช่น ปวดศีรษะ ท้องผูก ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน อาหารไม่ย่อย

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจะต้องอาศัยระบบในการจำแนกโรค ในปัจจุบันที่นิยมใช้กันมีอยู่ 2 ระบบได้แก่ 1) ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) ฉบับล่าสุดคือ DSM-V 2) ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) ฉบับล่าสุดคือ ICD - 10 (มาโนช, 2555) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM) ใช้หลักการวินิจฉัยจากคู่มือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

DMS-V นำมาประเมินว่าเป็นโรคอารมณ์ซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Disorder) จะต้องมีอาการอย่างต่ำ 5 อาการ มีอาการนานไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ โดยที่อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้ประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน และอาการจะต้องไม่เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด (American Psychological Association, 2013) อาการที่นำมาใช้ในการวินิจฉัย ดังนี้

1.1 มีอารมณ์เศร้า (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นความรู้สึกกระวนกระวาย) เกือบตลอดเวลา

1.2 ความกระตือรือร้นและความสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำทั้งหมดลดลงอย่างมากเกือบตลอดทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน (ตัดสินจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือจากการสังเกตของผู้ใกล้ชิด ว่ามีพฤติกรรมเฉื่อยชาลงเกือบตลอดเวลา)

1.3 น้ำหนักเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น ทั้งๆที่ไม่ได้ควบคุมอาหารหรือลดน้ำหนัก (มากกว่า ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวต่อเดือน) หรือความอยากอาหารเพิ่มขึ้น หรือลดลงเกือบทุกวัน (ในเด็กจะตัดสินใจจากน้ำหนักไม่เพิ่มตามเกณฑ์ที่ควรเพิ่ม)

1.4 มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับบ่อยมากหรือนานผิดปกติเกือบทุกวัน

1.5 การเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนแปลง โดยมีอาการกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งมากกว่าปกติ หรือเคลื่อนไหวช้าลง รวมทั้งความคิดช้าลง หรือฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน ทั้งนี้ตัดสินโดยการสังเกตจากผู้อื่น (ไม่ใช่เป็นความรู้สึกของตนเอง)

1.6 อ่อนเพลียไม่มีแรงเกือบทุกวัน

1.7 รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือมีความรู้สึกที่ตนเองผิด หรือไม่ดีอย่างมากเกินเหตุ (ซึ่งอาจถึงขั้นหลงผิด) เกือบทุกวัน

1.8 ความสามารถในการคิดถดถอย หรือสมาธิไม่ดี หรือไม่สามารรถตัดสินใจได้ ซึ่งอาการนี้เป็นอยู่เกือบทุกวัน

1.9 คิดเรื่องตายซ้ำๆ หรือคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย โดยอาจจะไม่มีแผนการที่แน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือวางแผนฆ่าตัวตาย

2. ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) ฉบับที่ 10 โดยภาวะซึมเศร้าจัดอยู่ในกลุ่มโรครหัส F 32 มีเกณฑ์การวินิจฉัย (กรมสุขภาพจิต, 2554) ดังนี้

อาการหลัก ได้แก่ 1) มีอารมณ์เศร้า 2) ความสนุกสนานเพลิดเพลินหรือความสนใจในกิจกรรมลดลง 3) อ่อนเพลีย เพลียแรง มีกิจกรรมน้อยลง

อาการร่วม ได้แก่ 1) สมาธิลดลง 2) ความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง 3) รู้สึกผิดและไร้ค่า 4) มองอนาคตในทางลบ 5) คิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองหรือฆ่าตนเอง 6) มีความผิดปกติในการนอนหลับ และ 7) เบื่ออาหาร

อาการทางกาย ได้แก่ 1) เบื่อหน่าย ไม่สนุกสนานในกิจกรรมที่เคยเป็น 2) ไร้อารมณ์ต่อสิ่งรอบข้างที่เคยทำให้เพลิดเพลินใจ 3) ตื่นเช้ากว่าปกติมากกว่า 2 ชั่วโมง 4) อาการซึมเศร้าเป็นมาหลายวัน 5) ทำอะไรช้า เคลื่อนไหวช้าลง หรือกระสับกระส่าย 6) เบื่ออาหารอย่างมาก 7) น้ำหนักลดลง และ 8) ความต้องการทางเพศลดลง

ทั้งนี้สามารถสรุปอาการสำคัญของการวินิจฉัยโรคของแต่ละรหัสโรคได้ดังนี้

รหัส	อาการหลัก	อาการร่วม	อาการทางกาย
F 32.0 (mild)	อย่างน้อย 2 ใน 3		น้อยกว่า 4 อาการ
F 32.1 (moderate)	อย่างน้อย 2 ใน 3	อย่างน้อย 3	มากกว่าหรือเท่ากับ 4 อาการ
F 32.2 (severe)	ครบ 3 อาการหลัก	อย่างน้อย 4	มากกว่าหรือเท่ากับ 4 อาการ
F 32.3 (severe with psychotic)	ครบ 3 อาการหลัก	อย่างน้อย 4 และมี psychotic symptom	มากกว่าหรือเท่ากับ 4 อาการ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) ฉบับที่ 10 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชที่ใช้ระบบการวินิจฉัยแบบ ICD - 10

ผู้ดูแลและผลกระทบจากการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่ มักเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร คู่สมรส พ่อแม่ หรือญาติใกล้ชิด (ณัฐกฤตฤดาและรังสิมันต์, 2559) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล มีดังนี้

1. กระตุ้นหรือช่วยเหลือดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ประเมินสาเหตุของการไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ ส่งเสริม หรือกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ซักเสื้อผ้า การขับถ่าย ตัดเล็บ ล้างมือ ดูแลเรื่องการขับถ่ายให้เป็นที่ เป็นทาง (กรมสุขภาพจิต, 2554)

2. ดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สังเกตอาการข้างเคียงจากยา ดูแลพาผู้ป่วยไปรับการรักษาและตรวจตามนัด จัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย (Muscroft & Bowl, 2000)

3. กระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยไม่ยอมทำ อาการของโรคซึมเศร้า มักจะทำให้ผู้ป่วยสนใจในกิจกรรมลดลง ผู้ดูแลอาจต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ไปจับจ่ายซื้อของ กระตุ้นให้ออกไปทำงาน (Van Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2004)

4. ดูแลความปลอดภัย ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากโรคซึมเศร้า เช่น การฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ทำให้ผู้ดูแลต้องเข้ามา มีบทบาทคอยเฝ้าระวังพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย จัดเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจเอามาทำร้ายตัวเอง อยู่เป็นเพื่อนรับฟังผู้ป่วย (วารสารณ์, 2557)

5. สื่อสารกับผู้ป่วย ชมเชย ให้กำลังใจ ไม่ตำหนิผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วยซึมเศร้า มีหลักการที่สำคัญ คือ การรับฟังอย่างด้วยความตั้งใจ เข้าใจ ไม่ตัดสิน (วิรมณและสุประวีณ์, 2558)

ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

การที่ผู้ดูแลเข้ารับบทบาทในฐานะผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้ต้องปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้มีชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากภาระการดูแลทั้งหมดตกอยู่กับผู้ดูแล โดยพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ดีที่สุด คือ การเผชิญปัญหา การเปลี่ยนความสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และอาการโรคซึมเศร้าที่เฉียบพลัน (Van Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังนี้

1. การรับรู้ภาระการดูแล โดยภาระการดูแลเป็นความรู้สึกของผู้ดูแล ต่อความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าจะเกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยบ่อย มีภาระหน้าที่ในการดูแล และผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลสูง อีกทั้งโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลยิ่งรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลมากขึ้น (Yesufu-Udechuku, et al., 2015)

2. ความเครียด เนื่องจากผู้ดูแลรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย โดยเฉพาะอาการ ซึ่งผู้ดูแลเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแล อีกทั้งยังก่อให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย การดำเนินของโรค ค่าใช้จ่ายในการดูแล และกระบวนการรักษา โดยพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลจะแสดงออกด้วยอารมณ์โกรธง่าย รู้สึกอ่อนแรง เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง รู้สึกผิด และรู้สึกเศร้าได้ (Van Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2004) และความเครียดของผู้ดูแลยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอีกด้วย (Amaresha, & Venkatasubramanian, 2012)

จากการศึกษาของมัสครอฟ และ โบว์ (Muscroft & Bowl, 2000) พบว่าในการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าจะมีผลกระทบกับอารมณ์ของผู้ดูแล แบ่งได้เป็น 4 ระยะ คือ (1) ระยะเข้ามามีบทบาทในการดูแล ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกสับสน รู้สึกไม่มีทางออก วิพากษ์วิจารณ์แสดงออกว่าไม่พอใจ (2) ระยะพัก ผู้ดูแลจะเริ่มแสวงหาข้อมูลว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลต้องเข้ามาดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะมีอารมณ์เศร้า อ่อนไหวง่าย เกิดความเครียด แยกตัว (3) ระยะปรับตัว เป็นระยะที่ผู้ดูแลเริ่มที่จะมองหาหนทางที่จะปรับตัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย มองหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ผู้ดูแลจะรู้สึกโดดเดี่ยว สูญเสีย โกรธ (4) ระยะปรับตัวได้เหมาะสม ผู้ดูแลยอมรับผู้ป่วย เรียนรู้การดูแล

ผู้เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลจะรู้สึกใกล้ชิดกับผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์ จากแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้อธิบายว่า บุคคลมักจะใช้วิธีการในการเผชิญกับความเครียด 2 ลักษณะ คือ 1) การเผชิญภาวะเครียดโดยการมุ่งปรับอารมณ์ (emotion focused forms of coping) เป็นกระบวนการคิดของบุคคลที่พยายามจัดการความเครียดโดยใช้วิธีการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น รวมทั้งใช้กลไกทางจิตในการลดหรือบรรเทาความเครียด เช่น การคิดทางบวก การปฏิเสธ การลืมนัด การหลีกเลี่ยง การโทษคนอื่น 2) การเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (problem focused form of coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นให้เกิดความเปลี่ยนแปลง โดยใช้ทักษะการเผชิญปัญหาพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะเครียด โดยมีการกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีการต่างๆ มาแก้ไขปัญหามีการประเมินผลและเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เช่น การหาแหล่งประโยชน์สนับสนุน การหาข้อมูล การหาวิธีใหม่ๆ ในการเผชิญความเครียด วิธีการในการเผชิญความเครียดเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและมีชีวิตอยู่ได้

3. ด้านเศรษฐกิจ โรคซึมเศร้ามีต้นทุนทางสังคมที่สูง เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อย และผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ต่ำ ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ค่าตรวจรักษาโดยแพทย์ ค่าทำECT ค่าทำกลุ่มบำบัด ค่ายา การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงกว่าโรคจิตเวชอื่นๆ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีค่าใช้จ่ายต่อคนประมาณ 1,091,695 บาท ต่อปี (Ekman, Granstrom, Omerov, Jacob, & Landen, 2013) สำหรับในประเทศไทย ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ ช่วยให้ผู้ดูแลลดค่าใช้จ่ายลง แต่ก็ยังมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เบิกไม่ได้ เช่น ค่าหัตถการพิเศษ ค่ายาพิเศษ และผู้ป่วยจิตเวชสามารถขึ้นทะเบียนสิทธิผู้พิการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาฟรี โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวจากต้นสังกัด รวมถึงจะได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนเดือนละ 500 บาท (สถาบันจิตเวชสมเด็จพระยา, 2560) แต่ทั้งนี้ผู้ดูแลยังคงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลส่วนเกินที่เบิกไม่ได้ ค่าเดินทางไปตรวจรักษา ค่าใช้จ่ายส่วนตัว จึงเป็นภาระที่หนักและยุ่งยากสำหรับครอบครัวและเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบในระยะยาวและต่อเนื่อง (เวทินี, อุไรวรรณ, และเอมหทัย, 2544)

4. การปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง โดยพบว่า ร้อยละ 32 ของผู้ดูแล มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงลดลง จากการใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากอาการของผู้ป่วยซึมเศร้า มักมีการแยกตัว มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วย ทั้งอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย คอยช่วยเหลือให้การดูแลต่างๆ ใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้ พบปะเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่จะใช้เวลาไปกับการดูแลผู้ป่วย (Muscroft & Bowl, 2000)

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

ความหมายและองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (expressed emotion) หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยในเชิงลบ โดยแสดงออกผ่านทางภาษาและท่าทางของผู้ดูแล (Brown, Birley, & Wing, 1972; Sunpaweravong, Weiss, Suttharangsee, & Isaramalai, 2007) ซึ่งบราวน์ เบอร์เลย์ และวิงค์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) ได้ทำการศึกษาองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย ดังนี้

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comments) หมายถึง การกล่าวถึงพฤติกรรม บุคลิก ลักษณะของผู้ป่วย โดยใช้คำพูด น้ำเสียง ที่แสดงออกถึงความไม่พอใจ คำหยาบคายของแพทย์

2. การแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) หมายถึง การวิพากษ์วิจารณ์บุคคล หรือแสดงทัศนคติไม่ยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง รวมถึงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยเรื่องต่างๆ ไปอย่างไม่รู้ตัว เช่น คำพูด “เขาเป็นคนที่ไม่มีประโยชน์ ไม่มีน้ำใจ สกปรก ไร้ระเบียบ”

3. การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotion over - involvement) หมายถึง การแสดงถึงการมีส่วนร่วมทางอารมณ์ที่มากเกินไป ก้าวถ่างหรือบุกรุก (over-intrusive) การเสียสละ (self-sacrificing behavior) การเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยมากเกินไป (over-identification) เช่น คำพูด “ฉันอยากไปข้างนอกก็ไม่ได้ไป ต้องคอยดูแลลูกชาย

ตลอดเวลา” หรือญาติเข้าไปจัดการเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเกือบทุกเรื่องจนผู้ป่วยไม่มีอิสระที่จะตัดสินใจหรือกระทำการใดๆด้วยตนเอง

สำหรับในประเทศไทย สรรพวิรวงศ์ ไวส์ สุทธธรังษี และอิสระมาลัย (Sunpaweravong, Weiss, Suttharangsee, & Isaramalai, 2007) ได้ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคนไทย โดยมี 1 องค์ประกอบเพิ่มขึ้นจากกรอบแนวคิดของบราวน์ เบอร์เลย์ และวิงก์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) คือ การห่างเหินทางอารมณ์ (emotional under-involvement) หมายถึง การแสดงความรู้สึก ความพอใจ การมีปฏิสัมพันธ์ที่น้อย ไม่สนใจความรู้สึกและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของสรรพวิรวงศ์ ไวส์ สุทธธรังษี และอิสระมาลัย (Sunpaweravong, Weiss, Suttharangsee, & Isaramalai, 2007) มาใช้ในการอธิบายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เนื่องจากสอดคล้องกับบริบทของคนไทยและสังคมไทย

ผลกระทบจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้เป็นโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และการห่างเหินทางอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อผู้เป็นโรคมะเร็ง ดังนี้

1. การวิพากษ์วิจารณ์ พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคมะเร็ง โดยผู้ดูแลที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ในระดับสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคมะเร็งมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย เช่น ตำหนิพฤติกรรมผู้ป่วย ใช้น้ำเสียงหรือคำพูดที่แสดงออกว่าไม่พอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี และมีการตอบสนองต่อความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มีอาการของโรคมะเร็งมากขึ้น (Band, Barrowclough, & Wearden, 2014)

2. การแสดงความเป็นมิตร พบว่าการแสดงความเป็นมิตรมีความสัมพันธ์กับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่อยู่กับผู้ดูแลที่มีการแสดงความเป็นมิตรสูง จะมีจำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สูงด้วย เนื่องจากผู้ดูแลมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ไม่ยอมรับผู้ป่วย รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นตัวปัญหา เป็นคนไร้ประโยชน์ ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น (Pratibha, & Bhatia, 2012)

3. การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค โดยผู้ดูแลที่มีการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปในระดับสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลก้าวก่ายผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยการเข้าไปจัดการในทุกๆเรื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอิสระที่จะตัดสินใจหรือกระทำการใดๆด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยบกร่องในการดูแลตนเอง ทำให้มีความรุนแรงของโรคมากขึ้น (Band, Barrowclough, & Wearden, 2014)

4. การห่างเหินทางอารมณ์ พบว่าในผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำ ผู้ดูแลจะมีการห่างเหินทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่กลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้วยการห่างเหินทางอารมณ์ จะมีการแสดงความสนใจและการปฏิสัมพันธ์ที่น้อยกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสนใจ ถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลไม่ไปปรึกษาให้ทำให้ไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ ต้องกลับมารักษาซ้ำ (ปราณี, 2551)

นอกจากนี้ มีหลายการศึกษาที่พบว่า ผลกระทบจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่สำคัญ คือ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ด้วยการใช้การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ทำให้ผู้เป็นโรคซึมเศร้าเกิดความเครียด ความกังวลมากกว่าปกติ ส่งผลต่อทัศนคติของผู้เป็นโรคซึมเศร้า คือ ทำให้ทัศนคติของผู้ป่วยแย่ลง เช่น รู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำลง รู้สึกไม่มั่นคงในความสัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า (Hooley, 2007; Mahakittikun, Thapinta, Sethabouppha, & Kittirattanapaiboon, 2013)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ มีดังนี้

1. Camberwell Family Interview (CFI)

เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างซึ่งสร้างโดยบราวน์และคณะ (Brown & Rutter, 1966) ใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก พร้อมกับมีการอัดเทปเสียง เวลาในการสัมภาษณ์ 1 - 1.45 ชั่วโมง โดยเริ่มให้ผู้ดูแลเล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนก่อนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ลักษณะเนื้อหาการสัมภาษณ์ เป็นเหตุการณ์ในบ้านที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วย ได้แก่ ความถี่ของการทะเลาะภายในครอบครัว การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในบ้าน จำนวนครั้งที่ติดต่อกันระหว่างผู้ป่วยกับคนอื่นๆในครอบครัว ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะสังเกตสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง

ความเข้มของน้ำเสียง จังหวะการพูด รวมถึงการสัมผัสทัศนคติของผู้ดูแลเป็นระยะๆ ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปเสียง และให้คะแนน ตามหมวดของการสัมผัสทัศนคติ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comment) เป็นการนับความถี่ของพฤติกรรมที่มีการแสดงถึงความไม่พอใจ ชุ่นเคืองใจ ไม่เห็นชอบกับพฤติกรรมผู้ป่วยของผู้ดูแล จากเนื้อหาคำพูด หรือน้ำเสียง สีหน้าของผู้ดูแล โดยนับความถี่ 1 ครั้ง เป็น 1 คะแนน

2. การแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) เป็นการนับความถี่ของพฤติกรรมที่มีการแสดงถึงการตำหนิตัดทอนพฤติกรรมผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยนับเป็น 1 คะแนน และการแสดงถึงการไม่ยอมรับหรือไม่เคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง โดยนับเป็น 2 คะแนน ถ้ามีทั้ง 2 พฤติกรรม นับเป็น 3 คะแนน

3. การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over-involvement) เป็นการวัดระดับพฤติกรรมการแสดงออกถึงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย จากการแสดงถึงความวิตกกังวล การเอาใจใส่หรือเสียสละของผู้ดูแล โดยใช้ Rating scale มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 – 5 (0 คือไม่มี และ 5 คือมีระดับสูง)

4. การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร เป็นการวัดระดับพฤติกรรม การแสดงออกถึงความเข้าใจ ความห่วงใยของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย โดยใช้ Rating scale มีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 0 – 5 (0 คือไม่มี และ 5 คือมีระดับสูง)

5. การแสดงความชื่นชม (positive remark) เป็นการนับความถี่ของพฤติกรรมที่มีการแสดงถึงความพอใจ เห็นชอบ ยกย่องหรือชื่นชมกับพฤติกรรมของผู้ป่วยของผู้ดูแล จากเนื้อหาคำพูด หรือน้ำเสียง สีหน้าที่แสดงถึงความเห็นชอบยกย่อง ชมเชยผู้ป่วย โดยนับความถี่ 1 ครั้ง เป็น 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high express emotion) และกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (low expressed emotion) องค์ประกอบที่สำคัญในการแบ่งระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comment) การแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over-involvement)

การตัดสินใจว่าครอบครัวไหนมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ต้องมี 3 องค์ประกอบ คือ (1) การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comment) การตำหนิตัดทอนเท่ากับ 6 หรือมากกว่า 6 (2) การแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) ตั้งแต่ 1 คะแนน (3) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over-involvement) ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป

2. Five Minute Speech Sample (FMSS)

เป็นการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นโดยมากาน่าและคณะ (Magana et al., 1986) โดยการให้ผู้ดูแลพูดถึงผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างเขากับผู้ป่วยในเวลา 5 นาที และมีการบันทึกเทปไว้ เช่น ให้ผู้ดูแลพูดถึงผู้ป่วยว่าเขามีความคิดอย่างไรเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย คิดว่าผู้ป่วยเป็นคนอย่างไร หลังจากนั้นจะนำเทปที่บันทึกไว้มาวิเคราะห์แปลผล FMSS เป็นเครื่องมือที่ประหยัดด้านค่าใช้จ่ายสูงกว่า CFI เนื่องจากใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่า ไม่มีรายงานค่าความตรงและความเที่ยง

3. The Level of Expressed Emotion (LEE)

เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างขึ้นโดยโคลด์ และคาซาเรียน (Cold & Kazarian, 1988) จากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของเลฟและวอร์น (Left & Vaughn, 1981) โดยประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย จิตเภท ครอบคลุมองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ด้าน คือ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และมีความคาดหวังสูงร่วมกับอดทนต่ำต่อผู้ป่วยจิตเภท ข้อคำถามมีลักษณะ เลือกตอบ 1 คำตอบ รวม 60 ข้อ ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และค่าความเที่ยงเครื่องมือเท่ากับ .95

4. Thai Expressed Emotion Scale (TEES)

เป็นการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคนไทย ของสรรพวีรวงศ์ ไวส์ สุทธิรังษี และอิสระมาลัย (Sunpaweravong, Weiss, Suttharangsee, & Isaramalai, 2007) ที่พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของคนไทย ตามแนวคิดของบราวน์ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ราย มีการบันทึกเทปและถอดคำพูดของผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา และนำผลที่ได้มาสร้างแบบสอบถาม มี 49 ข้อ โดยแบ่งเป็นองค์ประกอบ 7 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านการห่างเหินทางอารมณ์ ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป ด้านการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร และด้านการแสดงความชื่นชม

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าโครงสร้างมีความสอดคล้องกัน ดัชนีความตรงเนื้อหา เท่ากับ 0.88 และทดสอบความเที่ยงขององค์ประกอบย่อยอยู่ในระดับสูง (แอลฟา .75 - .91)

5. แบบสอบถามการแสดงผลออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแลของปราณี (2551)

สร้างมาจากองค์ประกอบการแสดงผลออกทางอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยของสรรพวีรวงศ์ ไวส์ สุทธรังษี และอิสรระมาลัย (Sunpaweravong, Weiss, Suttharangsee, & Isaramalai, 2007) ตามกรอบแนวคิดการแสดงผลออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของบราวน์ เบอร์เลย์ และวิงค์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) มีจำนวนข้อคำถาม 35 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบการแสดงผลออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ 5 ข้อ ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร 5 ข้อ ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป 5 ข้อ ด้านการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร 5 ข้อ ด้านการแสดงความชื่นชม 5 ข้อ ด้านการควบคุมทางอารมณ์ 5 ข้อ และด้านการห่างเหินทางอารมณ์ 5 ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการแสดงผลออกทางอารมณ์โดยรวมของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ .82 และค่าความเที่ยงของการแสดงผลออกทางอารมณ์ในแต่ละด้าน มีค่าดังนี้

ด้านการแสดงความชื่นชม	เท่ากับ .91
การห่างเหินทางอารมณ์	เท่ากับ .86
ด้านการวิพากษ์วิจารณ์	เท่ากับ .85
ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร	เท่ากับ .83
ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป	เท่ากับ .74
ด้านการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร	เท่ากับ .74
ด้านการควบคุมอารมณ์	เท่ากับ .73

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการแสดงผลออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแลของปราณี (2551) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบการแสดงผลออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล และเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย จำนวนข้อมีความเหมาะสม มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .82 ซึ่งถือได้ว่ามีความเที่ยงค่อนข้างสูง และผู้วิจัยนำแบบประเมินมาดัดแปลงโดยตัดข้อคำถามในด้านการแสดงผลออกทางอารมณ์ด้านบวกออกไป 15 ข้อ และปรับข้อคำถามให้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า คือ ลักษณะของครอบครัว (Tompson, Connor, Kemp, Langer, & Asarnow, 2015) นอกจากนั้นเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มโรคจิตเภท ประกอบด้วย ภาวะการดูแล (Nirmala, Vranda, & Reddy, 2011) ภาวะการดูแลเชิงอ้อม การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (ทัศนญาและรัชนิกร, 2558) การทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค และภาวะสุขภาพจิต (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016) การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (ชนมาภรณ์, 2552) การรับรู้ตราบาป (Phillips, Pearson, Li, Xu, & Yang, 2002) การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรู้สึกเครียด (Sadath, Muralidhar, Varambally, Gangadhar, & Jose, 2017) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ในวัฒนธรรมและบริบทของครอบครัวไทย พบว่า ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนในการกำหนดความแตกต่างของการแสดงออกทางอารมณ์ โดยสังคมไทยจะเชื่อในเรื่องพระพุทธศาสนา ทำให้มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ คนไทยส่วนใหญ่ไม่ค่อยแสดงอารมณ์ความรู้สึกและความเชื่อในเรื่องของความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ (ชญาณิสวรร, 2555) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบจากงานวิจัยที่ผ่านมา และจัดกลุ่มได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านผู้ดูแล ดังนี้

1. ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายปัจจัย ได้ดังนี้

1.1 ลักษณะของครอบครัว

สำนักงานสำมะโนประชากรของสหรัฐอเมริกา (The United States Bureau of the Census อ้างตามอุมาพร, 2544) ได้ให้นิยามว่า ครอบครัว (family) เป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยการเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม และอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งลักษณะของครอบครัว อาจแบ่งได้เป็นหลายแบบ เช่น แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิก อำนาจการปกครอง และวิธีการสืบทอดมรดก

ชนิดและรูปแบบของครอบครัว โดยพิจารณาจากโครงสร้างของครอบครัว อาจแบ่งรูปแบบครอบครัวได้ดังนี้ (จินตนา, 2550)

1. ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตรที่อาศัยอยู่รวมในครัวเรือนเดียวกัน โดยพบว่าครอบครัวไทยมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ร้อยละ 55.5 (ศุภชัย, 2556) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของครอบครัวไทยมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นนั้น ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวหลายประการ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัวที่เปลี่ยนไปจากเดิมคนในครอบครัวมีความผูกพันใกล้ชิดเปลี่ยนเป็นความห่างเหินที่มีมากขึ้น การทำหน้าที่ในครอบครัวไม่มีความเครียดจากบทบาทหน้าที่ (ศิริรัตน์, 2556)

2. ครอบครัวขยาย (extended family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยคนหลายรุ่นอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันตั้งแต่ 3 รุ่นขึ้นไป เช่น ปู่ย่า พ่อแม่ และหลาน ลักษณะครอบครัวแบบนี้เอื้อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม หรือมีคนคอยช่วยเหลือเมื่อมีการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

3. ครอบครัวบุญธรรม (adoptive family) เป็นครอบครัวที่พ่อแม่รับบุตรบุญธรรมมาเลี้ยงที่ถูกต้องตามกฎหมาย

4. ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเดี่ยว (single - parent family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยบุตร และบิดาหรือมารดาที่ทำหน้าที่เลี้ยงบุตรคนเดียว อาจเกิดจากการหย่าร้าง เสียชีวิต ถูกทอดทิ้ง หรือแยกกันอยู่

5. ครอบครัวคนโสดอยู่คนเดียว (single adult living alone) เป็นครอบครัวคนโสดที่ไม่ได้แต่งงาน แต่แยกออกจากครอบครัวเดิมมาอยู่คนเดียว ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ลักษณะครอบครัวกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ลักษณะครอบครัวเดี่ยวจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมากกว่าครอบครัวขยาย (Tompson, Connor, Kemp, Langer, & Asarnow, 2015) เนื่องจากครอบครัวเดี่ยวจะมีสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าครอบครัวขยาย ทำให้หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นของสมาชิกหลักของครอบครัว คือ สามี ภรรยา ลูก ในขณะที่ครอบครัวขยายจะมีญาติพี่น้องเป็นสมาชิกในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ (อุมาพร, 2544) ในบางครอบครัวอาจมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ส่งผลให้เกิดความยากลำบาก ความเป็นอยู่ทั่วไปส่วนใหญ่แตกต่างจากเดิมอย่างชัดเจน ต้องรับผิดชอบภาระบทบาทหน้าที่ทั้งหมด ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว

ขาดแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน เกิดความเครียดสะสม (จิรนนท์, โสวัตรี, และอรนัฒดา, 2557) ทำให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติแง่ลบในการดูแลผู้ป่วย และแสดงออกด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ (Chan, 2010)

1.2 การทำหน้าที่ของครอบครัว

แนวคิดที่สำคัญที่อธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้น มีหลายแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป เช่น McMaster Model (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000) และ Circumplex Model (Olson, 2000) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดแมคมาสเตอร์ (McMaster Model) มาใช้ในการอธิบายการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าทุกส่วนของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน พฤติกรรมของสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งมีผลต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น ดังนั้นการทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งไม่สามารถทำได้ แต่จะต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย อารมณ์ และปัญหาของครอบครัว (Kumar & Tiwari, 2008) โดยมีการแบ่งภาระหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องปฏิบัติได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้ (จินตนา, 2550; Epstein, Beavers, Bishop, & Miller, 2009)

1. ภารกิจพื้นฐาน เป็นงานพื้นฐานที่ครอบครัวจะต้องทำเพื่อให้สมาชิกสามารถดำรงอยู่ได้ เช่น จัดหาที่อยู่อาศัย ดูแลอาหาร ดูแลสุขภาพอนามัย จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว

2. ภารกิจด้านพัฒนาการ ครอบครัวจะไม่หยุดนิ่งแต่จะมีการพัฒนาไปตามขั้นตอนต่างๆของวงจรชีวิต โดยสมาชิกครอบครัวจะต้องปฏิบัติภารกิจหลายอย่างร่วมกัน เช่น ทำหน้าที่อบรมบุตร การปรับตัวของกลุ่มสมรส การวางแผนสำหรับอนาคต

3. ภารกิจในยามวิกฤต เป็นภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น การเจ็บป่วย การเสียชีวิต ซึ่งภาวะดังกล่าวมีผลกระทบต่อสมาชิกและครอบครัวโดยรวม ครอบครัวจะต้องปรับตัวและจัดการแก้ไขวิกฤติ เพื่อให้สมาชิกและครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมดุล

นอกจากนี้สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบการทำหน้าที่ของครอบครัวประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (อุมาพร, 2544; Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000)

1. การแก้ปัญหา เป็นความสามารถของครอบครัวในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดแยกแยะประเด็นปัญหาให้ชัดเจน 2) สื่อสารกับสมาชิกให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว 3) พัฒนาชุดทางเลือกของการแก้ปัญหา

4) ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม 5) ปฏิบัติการแก้ปัญหา 6) ติดตามการแก้ปัญหาให้เป็นไปตามทางที่เลือก และ 7) ประเมินประสิทธิผลของการแก้ปัญหา

2. การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะสื่อสารได้ชัดเจน ตรงประเด็น ไม่อ้อมค้อม และสื่อสารด้านอารมณ์ได้ดี

3. บทบาท เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกครอบครัวปฏิบัติต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ เพื่อให้ระบบครอบครัวมีประสิทธิภาพ เช่น การหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก การอบรมเลี้ยงดู การตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ

4. การตอบสนองทางอารมณ์ เป็นความสามารถที่จะตอบสนองอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งอารมณ์เชิงบวกและอารมณ์เชิงลบ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ จะแสดงอารมณ์และตอบสนองอารมณ์ให้ครอบครัวรับรู้ได้หลากหลายและเหมาะสมกับสถานการณ์

5. ความผูกพันต่อครอบครัว เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจ การเห็นคุณค่าของกันและกัน

6. การควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิกให้ประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

การทำหน้าที่ของครอบครัวกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นภารกิจในยามวิกฤตที่ส่งผลให้ครอบครัวต้องมีการปรับตัว เนื่องจากการเจ็บป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ซึ่งเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลสุขภาพของสมาชิก (Zabriskie, & McCormick, 2001) ซึ่งการศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชนั้น พบว่ามีการทำหน้าที่ที่บกพร่องกว่าครอบครัวทั่วไป โดยด้านที่มีการบกพร่องสูง คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการควบคุมพฤติกรรม (Trangkasombat, 2006) สำหรับการทำหน้าที่ของครอบครัวในโรคซึมเศร้า พบว่าด้านที่บกพร่อง คือ การแก้ปัญหาและการสื่อสาร (Saeki, Asukai, Miyake, Miguchi, & Yamawaki, 2002) การทำหน้าที่ของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของครอบครัวว่าสามารถดำรงอยู่อย่างปกติสุขหรือไม่ ซึ่งจากการศึกษาของศรีคชินทร์ ตะปิ่นตา เศรษฐบุปผา และทังเจริญกุล (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = -.40, p < .05$) โดยสามารถอธิบายได้ว่า

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เนื่องจาก การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวนั้น ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลต้องแก้ปัญหา สื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว ให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ทั้งการพา ไปรับการรักษาดูแลให้รับประทานยา รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆ (แก้วตาและอุมาพร, 2555; Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016) ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ดูแลในภาวะวิกฤตนี้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และหากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวและจัดการกับอารมณ์ได้ จะส่งผลให้ ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วยด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็น มิตร การแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ที่มากเกินไป และการห่างเหินทางอารมณ์ (Boger, Tompson, Briggs-Gowan, Pavlis, & Carter, 2008; Ghazanfar, & Shafiq, 2016)

1.3 การสนับสนุนทางสังคม

แบรนด์ต์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1981) ได้ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับความช่วยเหลือประคับประคอง และสนับสนุนจากบุคคลในกลุ่มสังคมในด้านต่างๆ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ (Gottlieb, & Bergen, 2010)

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม (intimacy) หมายถึงสัมพันธ์ภาพแห่งความใกล้ชิด ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ส่งผลให้สามารถ ที่จะปรับตัวต่อภาวะวิกฤต และทำหน้าที่ของตนได้ตามปกติ
2. การรับรู้คุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) หมายถึง การ ได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่ามีความสามารถ ทำให้บุคคลทราบว่า มีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและมองเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งเกิด แรงจูงใจที่จะต่อสู้หรือเผชิญกับภาวะวิกฤต ตลอดจนสามารถทำหน้าที่ของตนได้ตามปกติ
3. การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) หมายถึง การที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม แบ่งปันประสบการณ์ มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ตลอดจนมีเครือข่ายทางสังคมที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนใน ด้านความคิด กำลังใจ ซึ่งมีผลอย่างมากต่อกระบวนการคิด การปฏิบัติ การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา

4. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (nurturance)

หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและบุคคลอื่นพึงพาได้ รวมทั้งสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ ในเวลาที่ประสบปัญหา ซึ่งทำให้เกิดความหวังว่าจะมีคนคอยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน

5. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ (assistance) หมายถึง

การได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ครอบครัวมีสุขภาพดี การที่ผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ (ยุพา, 2559) ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน จะช่วยทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการเผชิญปัญหา ทำให้กล้าที่จะปรับตัวและต่อสู้กับอุปสรรค (น้ำหนัก, อัจฉราพร, ประภา, และธรรณชัย, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่สูง จะรู้สึกว่าตัวเองสามารถพึ่งพิงผู้อื่นได้ มีคนคอยสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล ส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบลดลง ($r = -.59, p < .05$) (Sadath, Muralidhar, Varambally, Gangadhar, & Jose, 2017)

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแล ผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายปัจจัยได้ ดังนี้

2.1 ภาระการดูแลเชิงอัตนัย

ความหมายของภาระการดูแล

มอน โกเมอริ กอนเยีย และฮอยแมน (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ให้ความหมายว่า ภาระการดูแลเป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 มิติ คือภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ หรือการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าจากการที่ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ต้องทำหน้าที่ดูแลกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วย ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยบางกิจกรรม หรือแทนทั้งหมดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้ป่วย เกิดความยุ่งยาก ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความกดดัน เกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (ทัตชญาและรัชนิกร, 2558; นภภรณ์และอรพรรณ, 2554; สมกมลและอรพรรณ, 2558; Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016)) และการศึกษาของทัตชญาและรัชนิกร (2558) พบว่าภาระการดูแลเชิงอัตนัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = 0.482$, $p < .05$) ส่วนภาระเชิงปรนัยเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

2.2 ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

ผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้ป่วย เพื่อดูแลกิจกรรมต่างๆ โดยพบว่าระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละมากกว่า 35 ชั่วโมงขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล (Brown, Birley, & Wing, 1972) และการศึกษาของชนมาภรณ์ (2552) พบว่าระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = .231$, $p < .05$) การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลสูงขึ้น (Shamsaei, Cheraghi, & Bashirian, 2015)

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้เกี่ยวกับอาการ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากที่ตนเองเคยรู้สึก เคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้นต้องรู้สึกตัวและใช้สติปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่างๆ ในการแปลความหมายของอาการที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับความรุนแรง สาเหตุ และผลกระทบต่อชีวิต (Dodd et al., 2001)

อาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีอาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม การเคลื่อนไหว บกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (มาโนช, 2555) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจ เกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = .31$, $p < .05$) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลจะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้

ถึงการเปลี่ยนแปลงและความรุนแรงที่เกิดขึ้น ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เนื่องจากผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรค (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016)

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวชเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อรุนแรง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคซึมเศร้าจะมีการและอาการแสดง 4 ด้าน ที่สำคัญ คือ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย ในการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกยากลำบากในการดูแลและรับรู้ภาวะการดูแลผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ทั้งยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อทางอารมณ์ที่สำคัญต่อผู้ดูแล คือ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า คือ การกลับเป็นซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึง การแสดงออกทั้งด้านภาษา ท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์และทัศนคติเชิงลบที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย (1) การวิพากษ์วิจารณ์ (2) การแสดงความไม่เป็นมิตร (3) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และ (4) การห่างเหินทางอารมณ์

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่น คือ ลักษณะของครอบครัว สามารถสรุปปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า และจัดกลุ่มปัจจัยที่คัดเลือกได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

การศึกษาถึงปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า จะช่วยในการวางแผนการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบทำนาย (descriptive predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้และไม่มีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นสมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครอบครัวผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F 32) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) โดยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมงต่อวัน และดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. อายุระหว่าง 18 – 59 ปี

3. สามารถเข้าใจภาษาไทย พุคคยสื่อสารได้ดี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (Thorndike อ้างตามบุญใจ, 2553) คือ $N = 10k + 50$ โดย $N =$ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง, $k =$ จำนวนตัวแปรทำนาย สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่ใช้ศึกษา 6 ตัว คือ ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า มีจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า มีจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแลของปราณี (2551) ซึ่งสร้างมาจากองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยของสรรพวีรวงศ์ ไวส์ สุทธิรังษี และอิสระมาลัย (Sunpaweravong, Weiss, Sutharangsee, & Isaramalai, 2007) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของบราวน์ เบอร์เลย์ และวิงก์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ 5 ข้อ ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร 5 ข้อ ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป 5 ข้อ ด้านการห่างเหินทางอารมณ์ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ โดยประเมินข้อความในแต่ละข้อ

ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่ตรงความเป็นจริงอยู่ในระดับใด การให้คะแนนและความหมายของคะแนน มีดังนี้

คะแนน	ระดับการแสดงออก	ความหมาย
4	ตรงมากที่สุด	ข้อความที่ระบุตรงกับผู้ตอบมากที่สุด
3	ตรงมาก	ข้อความที่ระบุตรงกับผู้ตอบมาก
2	ตรงปานกลาง	ข้อความที่ระบุตรงกับผู้ตอบปานกลาง
1	ตรงน้อย	ข้อความที่ระบุตรงกับผู้ตอบน้อย
0	ไม่ตรงเลย	ข้อความที่ระบุไม่ตรงกับผู้ตอบเลย

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ (บุญใจ, 2553) ดังนี้

0.00 – 1.33 หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ

1.34 – 2.67 หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง

2.68 – 4.00 หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ (2544) ตามแนวคิดของมอนท์โกเมอรี (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) เฉพาะแบบวัดภาวะเชิงอัตนัย 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อว่าตนเอง มีความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ประเมินโดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

คะแนน	ระดับภาวะการดูแล	ความหมาย
5	ตรงมากที่สุด	มีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
4	ตรงมาก	มีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
3	ตรงปานกลาง	มีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
2	ตรงน้อย	มีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
1	ตรงน้อยที่สุด	มีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะแต่ละด้านแยกกัน และรวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแล โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ดังนี้ (นพรัตน์, 2544)

4.50 – 5.00 แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมากที่สุด

3.50 – 4.49 แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมาก

2.50 – 3.49 แสดงว่า มีภาระในการดูแลปานกลาง

1.50 – 2.49 แสดงว่า มีภาระในการดูแลน้อย

1.00 – 1.49 แสดงว่า มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของอุมาพร (2544) มาใช้ ซึ่งแบบประเมินนี้ดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device: FAD) ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ ที่พัฒนาโดย Epstein et al. (1984) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 29, 30, 32, 33, 34, และ 35 และข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 7, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 31 และ 36 ซึ่งการตอบให้ผู้ตอบอ่านข้อความเหล่านั้น ตรงกับครอบครัวของผู้ตอบมากน้อยเพียงใด โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ลักษณะ คือ ตรงมากที่สุด ตรงปานกลาง ตรงเล็กน้อย และไม่ตรงเลย

ระดับความคิดเห็น	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตรงมากที่สุด	4	1
ตรงปานกลาง	3	2
ตรงเล็กน้อย	2	3
ไม่ตรงเลย	1	4

การแปลผล โดยรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ แล้วนำมาจำแนกรายด้านคิดคะแนนเฉลี่ย แต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม ใช้เกณฑ์ตามการกระจายข้อมูล เพื่อแปลความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ จากนั้นจึงนำค่าคะแนนมาแปลผล ดังนี้ (อุมาพร, 2544)

คะแนนที่ได้ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 33	แปลว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นไม่ดี
คะแนนที่ได้อยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 33 – 66	แปลว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นปานกลาง
คะแนนที่ได้สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 66	แปลว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านนั้นดี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของจิรภา (2532) ที่แปลจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของแบรนด์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน 5 ข้อ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 5 ข้อ และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ 5 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และข้อ 25 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 7, 10, 16 และข้อ 24 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนนโดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25 – 175 คะแนน การให้คะแนนและความหมายของคะแนน มีดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	7
ไม่เห็นด้วย	2	6
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	3	5
รู้สึกเฉยๆ	4	4
ค่อนข้างเห็นด้วย	5	3
เห็นด้วย	6	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	1

นำคะแนนทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ยกำหนดเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน (จิรภา, 2532) ดังนี้

1.00 – 2.66 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

2.67 – 4.33 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

4.34 – 7.00 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้ดูแล เป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีการระบุตัวเลขวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน โดยให้ความหมาย คือ 0 หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่รุนแรง 2-9 หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และ 10 หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรครุนแรงมาก

ส่วนที่ 8 แบบทดสอบระดับความปรารถนาทางสังคม 17 (The Social Desirability Scale -17) มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของคำตอบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ มีโอกาสที่ผู้ดูแลจะตอบเพื่อการยอมรับทางสังคม ผู้วิจัยแปลจาก The Social Desirability Scale-17 (Stoeber, 2001) ตามขั้นตอนการแปลแบบ Forward-backward translation (Brislin, 1970) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ ประเมิน 2 ตัวเลือก ได้แก่ จริง และไม่จริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือสำหรับการศึกษาคั้งนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้า แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้า แบบประเมินการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้า แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไปหาความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้า 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้า 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้า

การตรวจความตรงของเครื่องมือในการวิจัยคั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรแฮมเบิลตัน (Hambleton et al. อ้างตามบุญใจ, 2553)

ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คั้งนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้า 1.00
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า 1.00
3. แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้า .94
4. แบบประเมินการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล ผู้เป็นโรคซึมเศร้า .97
5. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค 1.00

ก่อนนำไปทดลองใช้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินแต่ละชุดมาปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปรับเนื้อหาให้สมบูรณ์ในตัวเลือก ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า ปรับเนื้อหาให้สมบูรณ์ในตัวเลือก ได้แก่ อาชีพ และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับอาการของโรคซึมเศร้า เช่น ปรับส่วนอาการแสดงของโรคซึมเศร้า โดยเพิ่มอาการนอนมากและคิดฆ่าในข้อคำถาม
4. แบบประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปรับปรุงข้อคำถาม โดยปรับข้อความให้ถามความรู้สึก เช่น ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วย
5. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปรับปรุงข้อคำถาม โดยปรับเพิ่มช่วงเวลาในข้อคำถามเป็น ความรุนแรงของโรคในขณะนี้

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งชุดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า .85
2. แบบประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า .83
3. แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว .80
4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม .82
5. แบบทดสอบระดับปรารถนาทางสังคม .81

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ (N = 110) มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า .94
2. แบบประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า .94
3. แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว .93

4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม .95

5. แบบทดสอบระดับปรารถนาทางสังคม .71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำผู้วิจัย จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล หลังได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และการดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อขอให้พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ช่วยติดต่อไปยังผู้ดูแลหลัก โดยพยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้ติดต่อสอบถามถึงความพร้อมและความสมัครใจของผู้ดูแลที่จะให้ผู้วิจัยเข้าไปชี้แจงกระบวนการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์งานวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการตอบแบบสอบถามที่เป็นไปตามความคาดหวังทางสังคม จึงได้ใช้แบบทดสอบระดับปรารถนาทางสังคม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้ากับระดับความปรารถนาทางสังคมในระดับปานกลาง ($r = .415, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้ อาจมีการตอบเพื่อการยอมรับทางสังคม

2.3 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2017 – NSt 040) คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ (เอกสารเลขที่ 3/2561) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต (DMH.IRB.COA 04/2561) นอกจากนี้โครงร่างวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสงขลา ก่อนทดลองใช้เครื่องมือ (รับรองวันที่ 24 มกราคม 2561) ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแนบกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือบริการต่างๆ งานวิจัยไม่ก่อให้เกิดอันตราย หรือความเสี่ยงในการเข้าร่วมงานวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์และเป็นแนวทางในงานวิจัยต่อไป

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าขณะตอบแบบสอบถามมีกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ที่แสดงอารมณ์สะเทือนใจ ร้องไห้ เกรียด เนื่องจากไม่เคยได้รับการพูดคุยระบายความรู้สึกในการเป็นผู้ดูแลหลักที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ยุติการเก็บข้อมูล ประเมินภาวะจิตใจและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง และให้ความช่วยเหลือประคับประคองจิตใจด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึกออกมา รับฟังอย่างตั้งใจ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ จนกลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลายและสบายใจขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการตอบแบบสอบถาม โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่ามีความพร้อมที่จะตอบแบบสอบถามต่อหรือไม่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ราย มีความพร้อมและยินดีที่จะตอบแบบสอบถามต่อจนเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์การทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยตัวแปร ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ (simultaneous multiple regression analysis)

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ (ภาคผนวก ง) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีระดับการวัดมาตราช่วง (interval scale) หรือมาตราอัตราส่วน (ratio scale)

2. การกระจายของข้อมูลของตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม และค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality)

3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity)

4. ตัวแปรอิสระจะต้องเป็นอิสระจากกัน โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (multicollinearity) ตรวจสอบโดยพิจารณาจากค่า Tolerance ซึ่งค่าที่ได้ต้องเข้าใกล้ 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเอง และค่า Variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 (เพชรร้อย, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้ ค่า Tolerance อยู่ในช่วง .497 - .932 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.073 – 2.013

5. ทดสอบความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปร

5.1 ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin Watson พบว่าได้ค่า 1.79 (อยู่ในช่วง 1.5 – 2.5) แสดงว่าไม่มี autocorrelation

5.2 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) เมื่อพิจารณากราฟการกระจายตัวของข้อมูล (scatter plot)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive predictive research) เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 110 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2561 ถึงเดือนมิถุนายน 2561 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้ารายด้านและโดยรวม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า

5. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคมะเร็ง (N = 110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	36	32.7
หญิง	74	67.3
อายุ(ปี) (M = 44.95, SD = 10.64, Min = 20, Max = 59)		
20 – 40	34	30.9
41 - 59	76	69.1
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	35	31.8
ภรรยา/สามี	34	30.9
บิดา/มารดา	26	23.7
พี่น้อง	11	10.0
หลาน	4	3.6
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	75	68.2
ครอบครัวขยาย	35	31.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	29	26.4
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	34	30.9
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	6.4
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	38	34.5
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.8

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	28	25.5
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	26	23.6
ค้าขาย	22	20.0
รับจ้าง	17	15.5
ธุรกิจส่วนตัว	16	14.5
ไม่ประกอบอาชีพ	1	0.9
รายได้ต่อเดือน (บาท) ($M = 16,797$, $Md = 15,000$, $Min = 0$, $Max = 60,000$, $SD = 11,758.35$, $Mode = 20,000$)		
น้อยกว่า 10,000	47	42.7
10,000 – 15,000	13	11.8
15,001 – 20,000	21	19.1
มากกว่า 20,000	29	26.4
ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ (ชั่วโมง/สัปดาห์) ($M = 56.57$, $SD = 22.37$, $Min = 30$, $Max = 112$)		
30 – 34	15	13.6
35 – 112	95	86.4

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 110 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 67.3 ($n = 74$) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 44.95 ปี ($SD = 10.64$) ร้อยละ 31.8 ($n = 35$) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 68.2 ($n = 75$) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 34.5 ($n = 38$) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า รองลงมา คือ ร้อยละ 30.9 ($n = 34$) มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 25.5 ($n = 28$) ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมา คือ ร้อยละ 23.6 ($n = 26$) ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ผู้ดูแลร้อยละ 42.7 ($n = 47$) มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ทั้งนี้ผู้ดูแล ร้อยละ 86.4 ($n = 95$) มีระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยใน แต่ละสัปดาห์มากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้เป็นโรคซึมเศร้า

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปผู้เป็นโรคซึมเศร้า ($N = 110$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	40.0
หญิง	60	60.0
อายุ(ปี) ($M = 50.31, SD = 18.31, Min = 17, Max = 89$)		
17 – 19	3	2.7
20 – 40	30	27.3
41 - 59	36	32.7
60 - 89	41	47.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	7.3
ประถมศึกษา	46	41.8
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	13	11.8
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	12	10.9
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	30	27.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.9
อาชีพ		
ธุรกิจส่วนตัว	24	21.8
เกษตรกร	16	14.5
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	9.1
ค้าขาย	9	8.2
รับจ้าง	6	5.5
ไม่ประกอบอาชีพ	45	40.9

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท) ($M = 6,281.82$, $Md = 2,250$, $Min = 0$, $Max = 35,000$, $SD = 8,814.22$, $Mode = 0$)		
น้อยกว่า 10,000	86	78.2
10,000 – 15,000	6	5.5
15,001 – 20,000	10	9.1
มากกว่า 20,000	8	7.2
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี) ($M = 4.8$, $SD = 4.73$, $Min = 0.6$, $Max = 30$)		
น้อยกว่า 1	15	13.6
1 - 5	61	55.4
5 – 10	28	25.5
มากกว่า 10	6	5.5
จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า (ครั้ง)		
0	80	72.7
1	20	18.2
2	4	3.6
3	4	3.6
4	2	1.8

จากตาราง 2 พบว่า ผู้เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 50.31 ปี ($SD = 18.31$) ผู้ป่วยร้อยละ 41.8 ($n = 46$) สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 40.9 ($n = 45$) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยร้อยละ 78.2 ($n = 86$) มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 55.4 ($n = 61$) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี และผู้ป่วย ร้อยละ 72.7 ($n = 80$) ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า

3. ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งรายด้านและโดยรวม

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งรายด้านและโดยรวม (N = 110)

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	M	SD	ระดับการแสดงออกทางอารมณ์
การห่างเหินทางอารมณ์	0.84	0.85	ต่ำ
การแสดงความเป็นมิตร	0.91	0.84	ต่ำ
การวิพากษ์วิจารณ์	1.48	1.15	ปานกลาง
การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป	2.74	1.20	สูง
โดยรวม	1.49	0.83	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.49, SD = 0.83) โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านการห่างเหินทางอารมณ์ (M = 0.84, SD = 0.85) และด้านการแสดงความเป็นมิตร (M = 0.91, SD = 0.84) ส่วนด้านการวิพากษ์วิจารณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.48, SD = 1.15) ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M = 2.74, SD = 1.20)

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า

ตาราง 4

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า (N = 110)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	1.00						
2. ลักษณะของครอบครัว	.141	1.00					
3. การทำหน้าที่ของครอบครัว	-.554**	-.125	1.00				
4. ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	.786**	.085	-.553**	1.00			
5. ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	.045	.207*	-.146	.089	1.00		
6. การสนับสนุนทางสังคม	-.503**	-.139	.452**	-.390**	-.044	1.00	
7. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.669**	.145	-.528**	.654**	.026	-.318**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 4 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต้นกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = -.554$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.503$) ส่วนตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ($r = .786$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .669$) ส่วนตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ลักษณะของครอบครัว ($r = .141$) และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ($r = .045$)

5. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า

ตาราง 5

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณของปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ($N = 110$)

ตัวแปรทำนาย	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	β	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	.425	.061	.532	6.96	.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.080	.026	.227	3.05	.003
การสนับสนุนทางสังคม	-.162	.051	-.197	-3.19	.002
การทำหน้าที่ของครอบครัว	-.094	.133	-.050	-0.71	.497
ลักษณะของครอบครัว	.063	.099	.035	0.63	.528
ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	-.001	.002	-.032	-0.57	.573

$R^2 = 0.684$, $F = 40.25$, $p < .01$

จากตาราง 5 พบว่าจากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 68.4 ($R^2 = .684$, $p = .01$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว ($p = .497$) ลักษณะของครอบครัว ($p = .528$) และระยะเวลาให้การดูแล

ผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ($p = .573$) โดยตัวแปรต้นที่มีอำนาจทำนายดีที่สุด คือ ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ $.532$ ($\beta = .532, p = .01$) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ ($\beta = .227, p = .01$) และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ $-.197$ ($\beta = -.197, p = .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้เป็นโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้เป็นโรคซึมเศร้า

การศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบโดยรวมในระดับปานกลาง โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านการห่างเหินทางอารมณ์ และด้านการแสดงความเป็นมิตร ส่วนด้านการวิพากษ์วิจารณ์อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการแสดงความรู้สึกพินทางอารมณ์ที่มากเกินไปอยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้เป็นโรคซึมเศร้า มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 86.4 ($n = 95$) (ตาราง 1) มีระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ มากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้ป่วยในการดูแลกิจกรรมต่างๆ อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ซึ่งน่าจะมีผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบค่อนข้างชัดเจน ดังการศึกษาของบราวน์ เบอร์เลย์ และวิงค์ (Brown, Birley, & Wing, 1972) ซึ่งพบว่า ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยสัปดาห์ละมากกว่า 35 ชั่วโมงขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล และอีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 ($n = 75$) (ตาราง 1) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้มีสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าครอบครัวขยาย ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ครอบครัวไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากลักษณะครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น (ศุภชัย, 2556) ทำให้หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นของสมาชิกหลักในครอบครัว คือ สามี ภรรยา ลูก ในขณะที่ครอบครัวขยายจะมีญาติพี่น้องเป็นสมาชิกในครอบครัวคอยให้ความช่วยเหลือ (อุมาพร, 2544) ทำให้ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวไม่มีสมาชิกคนอื่นๆ ให้ความช่วยเหลือในการดูแล ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว เกิดความยากลำบาก

และความเครียด ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (Tompson, Connor, Kemp, Langer, & Asarnow, 2015)

แต่ก็มีบางปัจจัยที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มี การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลางแทนที่จะสูง คือ ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4 ปี (SD = 4.73) (ตาราง 2) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานพอสมควร ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย สามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดจากการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์รา คัชซูลโล่ และคลีริชี (Carra, Cazzullo, & Clerici, 2012) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมานานจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยไม่นาน จึงทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ที่มากเกินไปอยู่ในระดับสูง (M = 2.74, SD = 1.20) (ตาราง 3) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 31.8 (n = 35) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร (ตาราง 1) จึงอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลใกล้ชิด มีความผูกพันทางสายเลือด รักและเกิดความผูกพันแบบวิตกกังวล จึงเข้าไปก้าวก่ายและจัดการเรื่องทุกอย่างให้กับผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด (Bottonari, Roberts, Kelly, Kashdan, & Ciesla, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของกลีชันและคณะ (Alvarez et al., 2010) พบว่าความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (r = .56, p < 0.01)

ด้านการวิพากษ์วิจารณ์อยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.48, SD = 1.15) (ตาราง 3) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 5.25, SD = 2.36) (ตาราง 6 ภาคผนวก ก) ผู้ดูแลรับรู้ว่าการและอาการแสดงของผู้เป็นโรคซึมเศร้ามีความรุนแรง เช่น นอนมากกว่าปกติ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนฆ่าตัวตาย ซึ่งการรับรู้ของผู้ดูแลว่าอาการของผู้ป่วยขณะนี้มีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อบทบาทการดูแล โดยต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและแสดงออกโดยใช้คำพูด น้ำเสียงที่แสดงออกถึงความไม่พอใจ หรือตำหนิผู้ป่วย (Saunders, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ติน พราดาส ควาพิล และไวด์ล (Martine, Pradas, Kwapil, & Vidal, 2017) ซึ่งพบว่าความเครียดและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์

ด้านการแสดงความรู้สึกไม่เป็นมิตรอยู่ในระดับต่ำ (M = 0.91, SD = 0.84) (ตาราง 3) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพบว่าผู้เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 (n = 65) (ตาราง 2) ประกอบอาชีพ

มีงานทำ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีรายได้ สามารถพึ่งพาตัวเองได้ รับผิดชอบตัวเองได้ ส่งผลให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย เห็นคุณค่า มีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยมากขึ้น (เมธิตา, ขวัญฤทัย, อังคณา, และอรอุมา, 2552) และอาจเป็นเพราะพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.8 ($n = 35$) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร (ตาราง 1) ซึ่งมีความผูกพันทางสายเลือด จึงยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง ดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและแสดงท่าทีเป็นมิตร ส่งผลให้การแสดงความไม่เป็นที่มิตรอยู่ในระดับต่ำ

ด้านการห่างเหินทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ($M = 0.84$, $SD = 0.85$) (ตาราง 3) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทของสังคมไทย ซึ่งมีความสัมพันธ์ที่เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ดูแลบนพื้นฐานความรัก ความเมตตา (Chinnawong, 2007) มีการอบรม ปลูกฝัง เลี้ยงดูให้สมาชิกในครอบครัวมีความกตัญญูทวนเวียนต่อบิดา มารดา ให้การดูแลโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (พระทวีและสมศักดิ์, 2550) ผู้ดูแลตระหนักในบทบาทของผู้ดูแล ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูแลพาผู้ป่วยไปรับการรักษาและตรวจตามนัด ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Muscroft & Bowl, 2000) จึงเห็นได้ว่าผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดูแลเอาใจใส่ ไม่ห่างเหิน ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลในครอบครัว ไม่ทอดทิ้งในยามเจ็บป่วย ส่งผลให้การห่างเหินทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคมะเร็ง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคมะเร็ง คือ ภาระการดูแลเชิงอัตนัย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคมะเร็ง ได้ร้อยละ 68.4 (ตาราง 5) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ภาระการดูแลเชิงอัตนัย พบว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคมะเร็งได้ (ตาราง 5) จึงสามารถอธิบายได้ว่า ภาระการดูแลเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึก ทัศนคติ หรือการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีภาระการดูแลเชิงอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6 ภาคผนวก ก) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดความยุ่งยาก สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าการเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและ

การใช้ชีวิตประจำวัน ต้องปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแปรปรวน รู้สึกท้อแท้ที่ต้องดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระหน้าที่อื่นๆภายในบ้านร่วมด้วยควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย บางครั้งเกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยใจ (ณัฐธฤตฤตาและรังสิมันต์, 2559) ซึ่งหน้าที่ดังกล่าวของผู้ดูแลเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ก็จะมีการตอบสนองความเครียดที่เหมาะสม แต่หากปรับตัวไม่ได้ ผู้ดูแลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Grover, Pradyumna, & Chakrabarti, 2015) รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นความรู้สึก หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล เช่น รู้สึกเกินกำลัง รู้สึกท้อแท้ที่ต้องดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ (Nirmala, Vranda, & Reddy, 2011) ซึ่งผลการศึกษาสามารถพบได้ในกลุ่มโรคจิตเภทเช่นกัน ดังการศึกษาของทัตชญาและรัชนิกร (2558) พบว่าภาระการดูแลเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = .482, p < .05$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ (ตาราง 5) สามารถอธิบายได้ว่าอาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญตลอดเวลาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรัง มักมีอาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม การเคลื่อนไหว และบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (มาโนช, 2555) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6 ภาคผนวก ก) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจ เกิดความเครียด ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ เนื่องจากผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = .31, p < .05$) (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016)

การสนับสนุนทางสังคม พบว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ (ตาราง 5) ในทางลบ สามารถอธิบายได้ว่าผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ตาราง 6 ภาคผนวก ก) ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน สังคมในด้านต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการป้องกันความเครียด (นันท์ภัก, อัจฉราพร, ประภา, และรณชัย, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาในโรคจิตเภทที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = -.59, p < .05$) เนื่องจากผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามี

การสนับสนุนทางสังคมที่สูง จะรู้สึกว่าคุณสามารถพึ่งพิงผู้อื่นได้ มีคนคอยสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล ส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง (Sadath, Muralidhar, Varambally, Gangadhar, & Jose, 2017) การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดความรู้สึกภาระการดูแล ช่วยลดความโกรธที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ลดความเครียดและลดการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยได้ (Gupta & Mohanty, 2016)

ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การทำหน้าที่ของครอบครัว ไม่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 7 ภาคผนวก ค) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว แต่ยังคงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ ครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์สายตรง จะมีความผูกพันทางอารมณ์ที่จะช่วยให้ความช่วยเหลือกัน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ (สกวเดือนและอรพรรณ, 2555) ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า ($r = -.554, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีคชินทร์ ติะปินตา เศรษฐบุปผา และทังเจริญกุล (Srikhachin, Thapinta, Sethabouppha, & Thungjaroenkul, 2016) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ($r = -.40, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวที่มีการทำหน้าที่บกพร่อง ผู้ดูแลจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

การศึกษานี้พบว่า ลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมมา พบว่าลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้เป็นโรคซึมเศร้าและพบว่าครอบครัวเดียวจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง ($p < .01$) (Kurihara, Kato, Tsukahara, Takano & Reverger, 2015; Murni, Yusoooff, & Desa, 2015) ซึ่งจากผลการศึกษาของผู้วิจัย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 ($n = 75$) (ตาราง 1) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวแต่ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างของบริบทที่ศึกษา ซึ่งตามบริบทสังคมไทย แม้ว่าจะมีลักษณะ โครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว แต่ความสัมพันธ์ของสมาชิกก็ยังคง

แน่นแฟ้น มีความรัก ความเข้าใจ ความผูกพัน และความสามัคคี ทำให้เกิดการเกื้อกูลและช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก ร่วมทุกข์ร่วมสุขไม่ทอดทิ้งแม้ยามเจ็บป่วย ซึ่งค่อนข้างแตกต่างจากสังคมตะวันตก ที่จะมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ (จิราพร, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของโกกอย (Gogoi, 2016) ซึ่งพบว่าลักษณะของครอบครัว เช่น ครอบครัวเดี่ยว หรือครอบครัวขยายไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าแม้จำนวนในสมาชิกของครอบครัวเดี่ยวจะมีน้อยกว่าจำนวนสมาชิกของครอบครัวขยาย แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดี สมาชิกดูแลและช่วยเหลือกัน ก็จะสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ในการดูแลได้ จึงทำให้ลักษณะของครอบครัวไม่สัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ

ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในโรคจิตเภท ซึ่งพบว่าระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล (ชนมาภรณ์, 2552; Brown, Birley, & Wing, 1972) จากผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 86.4 (n = 95) (ตาราง 1) มีระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์มากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์ แต่ก็ไม่พบความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์นั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลเชิงอัตนัย (ตาราง 4) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ไม่ได้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น จึงทำให้ไม่มีผลกับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของคาร์รา กัชซูโล่ และคลีริชี (Carra, Cazzullo, & Clerici, 2012) พบว่า ระยะเวลาให้การดูแลมากกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบทำนาย (descriptive predictive research) เพื่อศึกษาระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า มีตัวแปรที่ใช้ศึกษา 6 ตัว คือ ลักษณะของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 110 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในช่วงเดือนมีนาคม 2561 ถึงเดือนมิถุนายน 2561 จำนวน 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นสมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมงต่อวัน ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี สามารถเข้าใจภาษาไทย และพูดคุยสื่อสารได้ดี

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 3 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 36 ข้อ ส่วนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 1 ข้อ และส่วนที่ 8 แบบทดสอบระดับความปรารถนาทางสังคม 17 จำนวน 16 ข้อ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านหาความตรงตามเนื้อหา แล้วนำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 3 แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ .85 ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ .83

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว เท่ากับ .80 ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .82 และส่วนที่ 8 แบบทดสอบระดับความปรารถนาทางสังคม 17 เท่ากับ .81 จากนั้นจึงได้นำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์การทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุแบบปกติ (simultaneous multiple regression analysis)

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า

1. ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.49, SD = 0.83$) โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในระดับต่ำ 2 ด้าน คือ ด้านการแสดงความไม่เป็นมิตร ($M = 0.91, SD = 0.84$) และด้านการห่างเหินทางอารมณ์ ($M = 0.84, SD = 0.85$) ส่วนด้านการวิพากษ์วิจารณ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.48, SD = 1.15$) ด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 2.74, SD = 1.20$)

2. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ร้อยละ 68.4 โดยตัวแปรต้นที่มีอำนาจพยากรณ์ดีที่สุด คือ ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ .532 ($\beta = .532, p = .01$) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ .227 ($\beta = .227, p = .01$) และการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการพยากรณ์เท่ากับ -.197 ($\beta = -.197, p = .01$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการสนับสนุนให้พยาบาลจิตเวชและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตวางแผนในการจัดกิจกรรมเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบแก่ผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า โดยเน้นให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนัก และเข้าใจถึงความสำคัญ และผลกระทบจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2 ควรมีการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าทุกครั้งที่มาใช้บริการที่คลินิกจิตเวช โดยเฉพาะด้านความผูกพันทางอารมณ์ที่มากขึ้นไป เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ดูแลและผู้ป่วย

1.3 ควรให้ความสนใจกับผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่มีภาวะการดูแลเชิงอัตนัยสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง และมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยควรประเมินและวางแผนการดูแลเพื่อลดภาวะการดูแล ลดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งน่าจะช่วยป้องกันการเกิดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลได้

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในครอบครัวผู้เป็นโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 68.4 แสดงให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่นๆที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบได้ จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นความเข้มแข็งภายในของผู้ดูแล

2.2 พัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบในผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- กมลเนตร วรรณเสวท. (บรรณาธิการ). (2558). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2554). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า (ฉบับปรับปรุง)*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. ค้นจาก www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf
- กรมสุขภาพจิต. (2558). *โรคซึมเศร้า ความสูญเสียอันยิ่งใหญ่*. เอกสารการประชุมวิชาการ สุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 14, นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต*. ค้นจาก <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/>
- แก้วตา ลีลาตระการกุล, และอุมาพร ตรังคสมบัติ. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1), 29-38.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลขั้นสูง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จิรนนท์ พิมถาวร, โสวัตรี ณ ถลาง, และอรนัศดา ชินศรี. (2557). ลักษณะและรูปแบบการดำเนินชีวิตของมารดาในครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 40(1), 85-97.
- จิราพร ชมพิกุล. (2552). *สัมพันธ์ภาพในครอบครัวไทย*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญานิสาวี กุลรัตน์มณีพร. (2555). *การเสริมสร้างค่านิยม: การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการวิจัยด้านค่านิยมไทยในอนาคต*. ค้นจาก <http://research.culture.go.th/index.php/interest/item/886-s104.html>

- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2552). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน
 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*,
 3(2), 42-56.
- ทัศนญา สมประดิษฐ, และรัชนิกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของ
 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 89-102.
- ชรินทร์ กองสุข. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย: การศึกษาระดับชาติปี 2551*.
 เอกสารระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวง
 สาธารณสุข.
- ชัยชนก พรหมภักดี, และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2551). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรค
 ซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า
 10 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 81-97.
- ณัฐกฤตา เขาวนั้ววรัญญ์, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุใน
 การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1),
 110-122.
- นพรัตน์ ไชยชำนาญ. (2544). *ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการ
 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต
 และการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นภาพรณีย์ พึ่งเกษมสุนทร, และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อ
 ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
 และสุขภาพจิต*, 25(2), 51-63.
- นันท์กัก ชนะพันธ์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไธโร, และรณชัย คงสกนธ์. (2556).
วารสารสภาการพยาบาล, 28(2), 44-57.
- นันท์กา ทวีชาชาติ. (2548). *ระบาควิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5).
 กรุงเทพมหานคร: ยู แอนไอต์อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.

- ปราณี เชนขุนทด. (2551). *การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท: เปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำและที่ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18-21.
- ประทีป ขำมณี, และสมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2550). บทบาทของครอบครัวในการปลูกฝังความกตัญญูกตเวทิตาในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(3), 139-147.
- พิชัย อิฏฐสกุล, และศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2555). โรคซึมเศร้า. ใน มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (หน้า 167-189). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2546). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล*. สงขลา: 3 จ. เอกสาร.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- เมธิสา พงษ์ศักดิ์ศรี, ขวัญฤทัย ธนารักษ์, อังคณา สามัตถิยะ, และอรอุมา ภูโสภา. (2552). การสำรวจความต้องการของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแนวทางการกิจกรรมบำบัด/อาชีพบำบัด. *วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่*, 42(1), 71-83.
- ยุพา จิวพัฒน์กุล. (2559). *การพยาบาลครอบครัว*. นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรารักษ์ ประทีปธีรานันต์. (2557). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 90-103.
- วิรมณ กาสีวงศ์, และสุประวีณ์ คงชนชโยพิทย์. (2558). การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(3), 5-14.
- เวทีณี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครักษ์มิหิรัญ, และเอมมัทย์ ศรีจันทร์หล้า. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 16(2), 107-116.

- ศิริรัตน์ แอดสกุล. (2556). สถานการณ์ครอบครัวไทย กรณีศึกษาครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 5(1), 17-45.
- ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2556). *สถานการณ์และแนวโน้มของครอบครัวไทย*. เอกสารการประชุมวิชาการอนามัยครอบครัวแห่งชาติ ครั้งที่ 6, กรุงเทพมหานคร, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สกวเดือน กลิ่นน้อย, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 62-73.
- สถาบันจิตเวชสมเด็จพระยา. *สิทธิผู้ป่วย*. ค้นจาก <http://www.somdet.go.th/EligiblePatients>.
- สถิตย์ วงศ์สุรประภิตและสมพร สันติประสิทธิ์กุล. (2555). สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจคัดกรองในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(3), 91-105.
- สมกมล อรรถทิมากุล, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาคครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 64-76.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายฝน เอกวางกูร. (2559). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1*. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์สามลดา.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.
- อรวรรณ หนูแก้ว. (2559). การพยาบาลผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ. ใน วันดี สุทธรังษิ, ถนอมศรี อินทนนท์, และศรีสุดา วนาลีสิน (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(เล่ม 2)* (หน้า 81-111). สงขลา: นิโอพ้อยท์.
- อัจฉราพร สิริบุญวงศ์. (บรรณาธิการ). (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. นครปฐม: สายรุ้งกิจโรงพิมพ์
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาคครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ชันดำการพิมพ์.

- Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Wade, D., Crisp, K., Yap, M. B. H., & McGorry, P. D. (2010). Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 40(1), 63-72.
- Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: An overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 12-20.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder : DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Band, R., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2014). The impact of significant other expressed emotion on patient outcomes in chronic fatigue syndrome. *Health Psychology*, 33(9), 1092-1104.
- Boger, K. D., Tompson, M. C., Briggs-gowan, M. J., Pavlis, L. E., & Carter, A. S. (2008). Parental expressed emotion toward children: Prediction from early family functioning. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 784-788.
- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Kelly, M. A., Kashdan, T. B., & Ciesla, J. A. (2007). A prospective investigation of the impact of attachment style on stress generation among clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 179-188.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Brislin, R. W., (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216.
- 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.
- Brown, G. W., & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19(3), 241-263.
- Carra, G., Cazzullo, C. L., & Clerici, M. (2012). The association between expressed emotion illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia findings from an Italian population. *BioMed Central Psychiatry*, 12(1), 140-148.
- Chan, B. (2010). Negative caregiving experience: A predictor of high expressed emotion among caregivers of relatives with schizophrenia. *Social Work in Mental Health*, 8(4), 375-397.

- Chinnawong, T. (2007). *The influences of Thai Buddhist culture on cultivating compassionate relationships with equanimity between nurses, patients and relatives: A grounded theory approach* (Doctoral dissertation, Southern Cross University). Retrieved from <https://epubs.scu.edu.au/theses/374/>
- Clark, D., & Beck, A., (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424.
- Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 392-397.
- Dai, L., & Wang, L. (2015). Review of family functioning. *Open Journal of Social Sciences*, 3(12), 134-141.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., ... & ODIN Group. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 444-451.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Ekman, M., Granstrom, O., Omerov, S., Jacob, J., & Landen, M. (2013). The societal cost of depression: Evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 790-797.
- Epstein-Lubow, G. P., Beevers, C. G., Bishop, D. S., & Miller, I. W. (2009). Family functioning is associated with depressive symptoms in caregivers of acute stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(6), 947-955.
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *The British Journal of Psychiatry*, 150(3), 285-292.
- Fekadu, A., Rane, L. J., Wooderson, S. C., Markopoulou, K., Poon, L., & Cleare, A. J. (2012). Prediction of longer-term outcome of treatment-resistant depression in tertiary care. *The British Journal of Psychiatry*, 201(5), 369-375.

- Gogoi, K. (2016). Assessment of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia in a selected Medical College Hospital. *Open Journal of Psychiatry and Allied Sciences*, 9(2), 81-93.
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support: Concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511-520.
- Grover, S., Pradyumna, S., & Chakrabarti, S. (2015). Coping among the caregivers of patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 5–11.
- Gupta, N., & Mohanty, S. (2016). Relationship of burden and social support with expressed emotion in spouses of persons with schizophrenia. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 42(1), 172-198.
- Hooley, J. M., Orley, J., & Teasdale, J. D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 148(6), 642-647.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Koutra, K., Simos, P., Triliva, S., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2016). Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. *Psychiatry Research*, 240, 66-75.
- Kumar, P., & Tiwari, S. C. (2008). Family and psychopathology: An overview series-1 children and adults. *Delhi Psychiatry Journal*, 11(2), 140-149.
- Kurihara, T., Kato, M., Tsukahara, T., Takano, Y., & Reverger, R. (2000). The low prevalence of high levels of expressed emotion in Bali. *Psychiatry Research*, 94(3), 229-238.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Pringer.
- Magana, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17(3), 203-212.
- Mahakittikun, K., Thapinta, D., Sethabouppha, H., & Kittirattanapaiboon, P. (2013). Predicting factors of relapse among persons with a major depressive disorder. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(1), 68-82.

- Martinez, T., Pradas, C., Kwapil, T. R., & Vidal, N. (2017). Relatives' expressed emotion, distress and attributions in clinical high-risk and recent onset of psychosis. *Psychiatry Research, 247*, 323-329.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 168-189.
- Monkul, E. S., Hatch, J. P., Nicoletti, M. A., Spence, S., Brambilla, P., Lacerda, A. L. T. D., ... & Soares, J. C. (2007). Fronto-limbic brain structures in suicidal and non-suicidal female patients with major depressive disorder. *Molecular Psychiatry, 12*(4), 360-366.
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations, 19*-26.
- Montgomery, R. J., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging, 7*(1), 137-152.
- Murni, A. R., Yusooff, F., & Desa, A. (2015). The role of relatives' expressed emotion and personality traits in predicting schizophrenia relapse. *Journal of Social Sciences and Humanities, 2*, 40-54.
- Muscroft, J., & Bowl, R. (2000). The impact of depression on caregivers and other family members: Implications for professional support. *Counselling Psychology Quarterly, 13*(1), 117-134.
- Nirmala, B. P., Vranda, M. N., & Reddy, S. (2011). Expressed emotion and caregiver burden in patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine, 33*(2), 119-122.
- Ohaeri, J. U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry, 16*(4), 457-465.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 144-167.
- Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F., Xu, M., & Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: A study of people with schizophrenia and their family members in China. *The British Journal of Psychiatry, 181*(6), 488-493.
- Pratibha, S., & Bhatia, M. (2012). Expressed emotion research in severe mental illness. *Delhi Psychiatry Journal, 15*(1), 32-38.

- Sadath, A., Muralidhar, D., Varambally, S., Gangadhar, B. N., & Jose, J. P. (2017). Do stress and support matter for caring? The role of perceived stress and social support on expressed emotion of carers of persons with first episode psychosis. *Asian Journal of Psychiatry, 25*, 163-168.
- Saeki, T., Asukai, N., Miyake, Y., Miguchi, M., & Yamawaki, S. (2002). Characteristics of family functioning in patients with endogenous monopolar depression. *Hiroshima Journal of Medical Sciences, 51*(2), 55-62.
- Sargent, P. A., Kjaer, K. H., Bench, C. J., Rabiner, E. A., Messa, C., Meyer, J., ... & Cowen, P. J. (2000). Brain serotonin1A receptor binding measured by positron emission tomography with (11C) WAY-100635: Effects of depression and antidepressant treatment. *Archives of General Psychiatry, 57*(2), 174-180.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(2), 175-198.
- Schulz, R., Hebert, R. S., Dew, M. A., Brown, S. L., Scheier, M. F., Beach, S. R., ... & Gitlin, L. N. (2007). Patient suffering and caregiver compassion: New opportunities for research, practice, and policy. *The Gerontologist, 47*(1), 4-13.
- Shamsaei, F., Cheraghi, F., & Bashirian, S. (2015). Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry, 10*(4), 239-245.
- Srikhachin, P., Thapinta, D., Sethabouppha, H., & Thungjaroenkul, P. (2013). Expressed emotion among family caregivers of persons with schizophrenia: A causal model study. *Thai Journal of Nursing Research, 20*(4), 337-349.
- Stoeber, J. (2001). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17): Convergent validity, discriminant validity and relationship with age. *European Journal of Psychological Assessment, 17*(3), 222-232.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Sunpaweravong, J., Weiss, J., Suttharangsee, W., & Isaramalai, S. (2007). Expressed emotion of family caregivers of persons with schizophrenia: A study in a southern province of Thailand. *Thai Journal of Nursing Research, 11*(3), 188-202.

- Trangkasombat, U. (2006). Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. *Journal Medicine Association of Thailand*, 89(11), 1946-1953.
- Trangkasombat, U. (2008). Family functioning in mental illness: A study in Thai families with depressive disorders and schizophrenia. *Journal of Family Psychotherapy*, 19(2), 187-201.
- Tompson, M., O Connor, E., Kemp, G., Langer, D., & Asarnow, J. (2015). Depression in childhood and early adolescence: Parental expressed emotion and family functioning. *Annals of Depression and Anxiety*, 2(7), 1070-1087.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. (2004). Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 211-222.
- Varcarolis, E. M. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. (5th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- World Health Organization. (2012). *Depression: A global crisis. World Mental Health Day*. Retrieved from <http://www.who.int/mentalhealth/depression/wfmhpaperdepressionwmhd2012.pdf>.
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., ... & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268-274.
- Yulug, B., Ozan, E., Gonul, A. S., & Kilic, E. (2009). Brain-derived neurotrophic factor, stress and depression: A mini review. *Brain Research Bulletin*, 78(6), 267-269.
- Zabriskie, R. B., & McCormick, B. P. (2001). The influences of family leisure patterns on perceptions of family functioning. *Family Relations*, 50(3), 281-289.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

ปัจจัยทำนายนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง: แบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า
จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบทดสอบระดับความปรารถนาทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คำชี้แจง: กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านและครอบครัวของท่าน

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> 1 บิดา/มารดา	<input type="checkbox"/> 2 พี่/น้อง
<input type="checkbox"/> 3 ลูก/ป้า/น้า/อา	<input type="checkbox"/> 4 บุตร
<input type="checkbox"/> 5 ภรรยา/สามี	<input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ลักษณะครอบครัว

<input type="checkbox"/> 1 ครอบครัวเดี่ยว	<input type="checkbox"/> 2 ครอบครัวขยาย
---	---
5. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้เรียน
<input type="checkbox"/> 2 ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 5 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 6 สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ.....
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 2 เกษตรกร
<input type="checkbox"/> 3 ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 4 รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ต่อเดือน บาท
8. ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์..... ชั่วโมง/สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า

คำชี้แจง: กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในความดูแล ของท่าน

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ..... ปี
3. ระดับการศึกษา
 - 1 ไม่ได้เรียน
 - 2 ประถมศึกษา
 - 3 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
 - 4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 - 5 ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 - 6 สูงกว่าปริญญาตรี โปรดระบุ.....
4. อาชีพ
 - 1 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - 2 เกษตรกร
 - 3 ค้าขาย
 - 4 รับจ้าง
 - 5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - 6 อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. รายได้ต่อเดือน บาท
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
7. จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า.....ครั้ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออก ระหว่างท่านต่อผู้ป่วยในความดูแลของท่าน ขอให้ท่านตอบตรงกับที่ท่านเป็นจริงมากที่สุดโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุดและขอความกรุณาตอบทุกข้อ

เกณฑ์ในการตอบคำถามมีดังนี้

ระดับการแสดงออก

ความหมาย

ตรงมากที่สุด

ข้อความที่ระบุตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ตรงมาก

ข้อความที่ระบุตรงกับตัวท่านมาก

ตรงปานกลาง

ข้อความที่ระบุตรงกับตัวท่านปานกลาง

ตรงน้อย

ข้อความที่ระบุตรงกับตัวท่านน้อย

ไม่ตรงเลย

ข้อความที่ระบุไม่ตรงกับตัวท่านเลย

ข้อความ	ตรงมากที่สุด	ตรงมาก	ตรงปานกลาง	ตรงน้อย	ไม่ตรงเลย
1. ท่านบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าท่านไม่ชอบอาการของผู้ป่วย เช่น ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ นอนมาก ไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ เดินซ้ำ อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง					
2. ท่านบอกกับผู้ป่วยว่าท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย					
3. ท่านต่อว่าผู้ป่วยที่ทำให้ท่านทุกข์ใจ					
4. ท่านตำหนิผู้ป่วยว่าเป็นตัวปัญหาทำให้ตัวท่านเดือดร้อน					
5. ท่านบอกผู้ป่วยให้รู้ว่าผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัวเพราะอยู่บ้านโดยไม่ทำอะไร					
6. ท่านบอกผู้ป่วยว่าท่านรู้สึกมีความสุขมากขึ้นถ้าผู้ป่วยออกไปอยู่ที่อื่นได้					

ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง มาก	ตรง ปาน กลาง	ตรง น้อย	ไม่ตรง เลย
7. ท่านพูดขู่และหรือด่าว่าผู้ป่วยอย่างรุนแรงเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในด้านต่างๆเช่น ดูแลกิจวัตรประจำวัน การกินยา					
8. ท่านทำโทษและหรือทوبيตีผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่ทำตามที่ท่านบอก					
9. ท่านแสดงสีหน้า ท่าทางที่บอกให้รู้ว่าท่านเป็นหน่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วย					
10. ท่านบอกผู้ป่วยว่าคงจะดีหากผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป หรือไปอยู่กับคนอื่น					
11. ท่านไม่ยอมให้ผู้ป่วยห่างจากสายตาของท่าน เช่น ไม่ให้ออกไปไหนจากบ้านคนเดียว					
12. ท่านเป็นห่วง กังวลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยทุกจนนอนไม่ค่อยหลับ					
13. ท่านจัดการให้ผู้ป่วยทำตามที่ท่านคิดว่าเหมาะสมและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย					
14. ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วย จึงช่วยดูแลผู้ป่วยทุกอย่างโดยไม่ค่อยปล่อยให้ผู้ป่วยได้ทำเอง เช่น ดูแลกิจวัตรประจำวัน ช่วยจัดการเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย					
15. ท่านแสดงอารมณ์อย่างรุนแรงเมื่อผู้ป่วยทำให้ท่านโกรธ					
16. ท่านเฉยเมย ไม่รับรู้ต่อการกระทำและพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น แยกตัว ไม่พูดคุยกับใคร นอนมากไม่ทำอะไร					
17. ท่านไม่พูดคุยกับผู้ป่วยแม้จะอยู่ในบ้านเดียวกัน					
18. ท่านไม่สนใจในตัวผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยทำทุกอย่างเองตามลำพัง					

ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง มาก	ตรง ปาน กลาง	ตรง น้อย	ไม่ตรง เลย
19. ท่านไม่สนใจที่จะพูดคุยถามถึงความคิดหรือความรู้สึกหรือความต้องการของผู้ป่วย					
20. ท่านไม่ยกราคาญาติจึงไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้เป็นโรคซึมเศร้า

คำชี้แจง: โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับท่านมากที่สุด และขอความกรุณาตอบทุกข้อ

เกณฑ์ในการตอบคำถามมีดังนี้

ระดับการดูแล

ตรงมากที่สุด

ตรงมาก

ตรงปานกลาง

ตรงน้อย

ตรงน้อยมาก

ความหมาย

ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา

ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน

ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์

ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง

ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง หรือ

เกือบไม่มีเลย

ข้อความ	ตรงมากที่สุด	ตรงมาก	ตรงปานกลาง	ตรงน้อย	ตรงน้อยมาก
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย					
2. ท่านรู้สึกกังวลกับการดูแลผู้ป่วย					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้กับการดูแลผู้ป่วย					
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นๆที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วย					
5. ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วย					
6. ท่านรู้สึกซึมเศร้ากับการดูแลผู้ป่วย					
7. ท่านรู้สึกอายชาวบ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า เช่น นิ่งไม่พูด แยกตัวจากสังคม มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย					

ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง มาก	ตรง ปาน กลาง	ตรง น้อย	ตรงน้อย มาก
8. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการและ อาการแสดงที่รุนแรงของโรคซึมเศร้าเช่น อารมณ์เศร้าเด่นชัด เคลื่อนไหวช้า หงุดหงิด อาการหลงผิด ประสาทหลอน					
9. ท่านรู้สึกผิดที่ลงโทษหรือตำหนิผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกกังวลเมื่อต้องพาผู้ป่วยออก นอกบ้าน					
11. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร หากไม่มีท่าน					
12. ท่านรู้สึกเป็นห่วงว่าผู้ป่วยจะได้รับ อันตราย					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับครอบครัวของท่านมากน้อยเพียงใด และกรณีกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว อย่าใช้เวลาคิดนาน ให้ตอบอย่างรวดเร็ว โดยเลือกความคิดแรกที่เกิดขึ้นทันทีที่อ่านข้อความจบ

ข้อความ	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีการแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3. เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้ คุณมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำให้หรือเปล่า				
4. เมื่อมีปัญหา มักมีการปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร				
5. ครอบครัวของคุณเผชิญกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันได้ดี				
6. ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
7. บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณคิดหรือรู้สึก				
8. ทุกคนสามารถพูดกันตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม				
9. คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา				
10. ทุกคนมักจะพูดกันตรงๆ แทนที่จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง				
11. คุณกล้าบอกคนในครอบครัว เมื่อเขาทำในสิ่งที่คุณไม่ชอบ				

ข้อความ	ไม่ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปาน กลาง	ตรงมาก ที่สุด
12. ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
13. ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค				
14. แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง				
15. ครอบครัวของคุณ แสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอ				
16. แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย				
17. บางคนในครอบครัว ไม่ค่อยแสดงอารมณ์หรือความรู้สึก				
18. คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้				
19. ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก				
20. คุณรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว				
21. คนในครอบครัวจะสนใจคุณก็ต่อเมื่อเรื่องนั้นเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา				
22. บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดใจ				
23. ครอบครัวของคุณต่างคนต่างอยู่				
24. ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป				

ข้อความ	ไม่ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปาน กลาง	ตรงมาก ที่สุด
25. คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้อง รับโทษ				
26. ครอบครัวของคุณห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน				
27. ครอบครัวของคุณมีลักษณะตามสบายไม่ ยึดถือมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใดๆ				
28. ในครอบครัวของคุณใครจะทำอะไรก็ได้ ตามใจชอบ				
29. ทุกคนเข้าใจกันได้เป็นอย่างดี				
30. สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกัน และกัน				
31. การตกลงเรื่องต่างๆร่วมกันเป็นไปได้ลำบาก เพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน				
32. ทุกคนยอมรับว่าแต่ละคนมีแบบฉบับของ ตนเอง				
33. ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกันดี				
34. ขณะนี้ครอบครัวของคุณมีความสุขดีพอแล้ว				
35. ในยามวิกฤตคนในครอบครัวสามารถพึ่งพา อาศัยกันได้				
36. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้น มากมาย				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงกับลักษณะของท่านมากน้อยเพียงใด และกรณากาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	รู้สึกเฉยๆ	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย							
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในกลุ่มเพื่อน							
3. คนส่วนมากบอกฉันว่าทำงานดี							
4. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหา							
5. ฉันได้ติดต่อกับคนที่ทำให้ฉันมีความรู้สึกมีค่าอย่างเพียงพอ							
6. ฉันให้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกัน							
7. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาฉันมีโอกาที่จะดูแลผู้อื่นน้อยลง							
8. คนอื่นบอกฉันว่าพวกเขาสนุกที่จะทำงานร่วมกับฉัน							

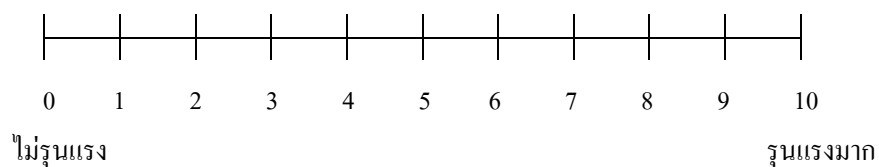
ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	รู้สึกเฉยๆ	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
9. ฉันมีคนที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือฉันได้ในระยะยาวถ้าฉันต้องการ							
10. ฉันไม่มีใครที่จะรับฟังความรู้สึกของฉันได้							
11. ฉันและเพื่อนๆชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน							
12. ฉันมีโอกาสสนับสนุนผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและความสามารถของเขา							
13. สมาชิกในครอบครัวทำให้ฉันรู้สึกที่ฉันทำให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้							
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือฉัน แม้ว่าฉันจะไม่สามารถตอบแทนเขาได้							
15. เมื่อฉันอารมณ์เสียฉันมีคนที่สามารถระบายและทำให้ฉันเป็นตัวของตัวเองได้							
16. ฉันรู้สึกที่ไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน							

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	รู้สึกเฉยๆ	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
17. ฉันชอบทำสิ่งเล็กๆน้อยๆเป็นพิเศษเพื่อช่วยให้คนอื่นมีความพอใจในชีวิตมากขึ้น							
18. ฉันทราบว่าคนอื่นพอใจฉัน							
19. มีใครคนหนึ่งที่รักและเอาใจใส่ฉัน							
20. ฉันมีส่วนรับผิดชอบในการช่วยเหลือคนที่ต้องการความช่วยเหลือ							
21. ฉันมีคนที่จะร่วมงานสังคม และงานรื่นเริงต่างๆด้วย							
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำ จะมีผู้ช่วยฉันในการวางแผนแก้ไขสถานการณ์ต่างๆได้							
23. ฉันรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของคนอื่น							
24. คนส่วนมากคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควร							
25. ถ้าคนเจ็บป่วย จะมีคนให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองแก่ฉันได้							

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ตรงหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยในความดูแลของท่าน

ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของท่านขณะนี้ มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับใด



ส่วนที่ 8 แบบทดสอบระดับความปรารถนาทางสังคม

คำชี้แจง:แบบทดสอบมีรายการข้อความที่กำหนดมาให้ กรุณาอ่านข้อความอย่างตั้งใจแล้วเลือกว่าข้อความดังกล่าวบรรยายถึงตัวท่านหรือไม่ หากข้อความดังกล่าวพูดถึงตัวท่าน กรุณาตอบ “จริง” แต่ถ้าไม่ใช่ให้ตอบว่า “ไม่จริง”

ข้อความ	จริง	ไม่จริง
1. บางครั้งฉันทิ้งขยะรีไซเคิล		
2. ฉันยอมรับความผิดพลาดอย่างเปิดเผยและพร้อมเผชิญหน้ากับผลกระทบต่าง ๆ ในทางลบที่จะเกิดขึ้นอยู่เสมอ		
3. บนท้องถนนหรือในการจราจร ฉันสุภาพและเห็นใส่ใจผู้อื่นเสมอ		
4. ฉันยอมรับความคิดเห็นของคนอื่นเสมอแม้ว่าพวกเขาไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นของฉัน		
5. บางครั้งฉันระเบิดอารมณ์ใส่คนอื่น		
6. มีบางครั้งที่ฉันเอาเปรียบคนอื่น		
7. เวลาอยู่ในวงสนทนาฉันมักจะฟังอย่างตั้งใจและให้คนอื่นพูดให้จบเสียก่อนเสมอ		
8. ฉันไม่เคยลังเลที่จะช่วยคนอื่นในสถานการณ์ฉุกเฉิน		
9. เมื่อฉันสัญญากับใครไว้ ฉันจะรักษาสัญญาไว้โดยไม่มีข้ออ้างหรือข้อแม้ใดๆ		
10. บางครั้งฉันพูดไม่ดีลับหลังคนอื่น		
11. ฉันไม่เคยอาศัยพึ่งพาเงินของคนอื่น		
12. ฉันเป็นมิตรและสุภาพกับคนอื่นเสมอแม้ว่าเมื่อนั้นกำลังกระวนกระวายใจก็ตาม		
13. ขณะที่กำลังถกเถียงกัน ฉันมักจะไม่ลำเอียงและฟังข้อเท็จจริงเสมอ		
14. อย่างน้อยต้องมีครั้งหนึ่งที่ฉันลืมคืนของที่ยืมมา		
15. ฉันรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพเสมอ		
16. บางครั้งฉันช่วยเหลือคนอื่นเพราะฉันหวังสิ่งตอบแทน		

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้า นางสาวภัทราภรณ์ วรสิรินารา เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะดำเนินการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 3 เดือน ซึ่งประโยชน์จากการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการพยาบาลดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ดิฉัน ใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ท่านได้รับการคัดเลือก เนื่องจากมีคุณสมบัติเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ข้อมูลที่จะช่วยให้การศึกษานี้เกิดประโยชน์สูงสุด และความร่วมมือของท่านขึ้นอยู่กับความสมัครใจ หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาคั้งนี้ ขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ทั้งสิ้นจำนวน 8 ชุด จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 125 ข้อ ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า
- 3) แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 4) แบบประเมินภาระการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 5) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว
- 6) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
- 7) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 8) แบบทดสอบระดับความปรารถนาทางสังคม

โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้ท่านตอบระหว่างรอพบแพทย์ และให้ท่านตอบพร้อมส่งคืนในวันเดียวกัน ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 20 นาที จากนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ในขณะที่ตอบแบบสอบถามหากท่านรู้สึกไม่สบายใจ ท่านสามารถขอหยุดการตอบแบบสอบถามได้ชั่วคราวและพูดคุยกับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยยินดีให้ความช่วยเหลือ ผ่อนคลายจิตใจ และประสานทีมสุขภาพในการดูแลช่วยเหลือท่าน ท่านสามารถขอหยุดการตอบแบบสอบถาม หรือขอถอนตัวออกจากการศึกษานี้ได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านและผู้ป่วยในการดูแลของท่าน ท่านยังคงได้รับบริการตามปกติการตอบแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยไม่มีค่าตอบแทนให้ข้อมูลทั้งหมดที่ท่านตอบจะถูกเก็บเป็น

ความลับ โดยจะรายงานผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม ไม่ปรากฏชื่อของท่าน หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามดิฉันได้ตลอดเวลา เบอร์โทรศัพท์ 095-0200003 ดิฉันขอขอบพระคุณท่านอย่างสูงสำหรับความร่วมมือในครั้งนี้

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7428-6475 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ chayanit.p@psu.ac.th และสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต อาคาร 1 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์ 02-5908443

ลายเซ็นนักวิจัย.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วม โครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ก

การแปลผลของตัวแปรภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การสนับสนุนทางสังคม
การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการทำหน้าที่ของครอบครัว

ตาราง 6

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรภาวะการดูแลเชิงอัตนัย การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($N = 110$)

ตัวแปร	M	SD	การแปลผล
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย	3.05	1.04	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	4.60	1.01	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	5.25	2.36	ปานกลาง

ตาราง 7

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัว

	M	SD	การแปลผล
คะแนนรวม	90.36	14.23	ปานกลาง
ด้านการแก้ปัญหา	2.91	0.68	ปานกลาง
ด้านการสื่อสาร	2.86	0.61	ปานกลาง
ด้านบทบาท	3.02	0.72	ปานกลาง
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	2.91	0.63	ปานกลาง
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	2.58	0.62	ปานกลาง
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	2.69	0.56	ปานกลาง
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	2.90	0.48	ปานกลาง

ภาคผนวก ง
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (multiple regression analysis) ดังนี้

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม มีระดับการวัดมาตราช่วง (interval scale) หรือมาตราอัตราส่วน (ratio scale)

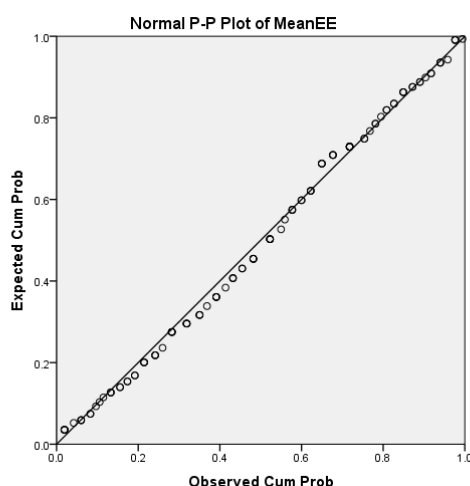
2. ทดสอบข้อมูลตัวแปรว่ามีการแจกแจงเป็นปกติ โดยพิจารณาจากค่าสถิติสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (Statistic Skewness & Statistic Kurtosis) พบว่ามีค่า Standardized ของตัวแปรอยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ตาราง 8

แสดงการกระจายของข้อมูลตัวแปร (N=110)

ตัวแปร	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	Std. Error	Standardized	Statistic	Std. Error	standardized
	ลักษณะของครอบครัว	.79	.23	3.44	-1.39	.44
การทำหน้าที่ของครอบครัว	-.29	.23	-1.28	-.32	.46	-.69
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	-.01	.23	.039	-.71	.46	-1.54
ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	.69	.23	3.03	-.51	.46	-1.11
การสนับสนุนทางสังคม	-.36	.23	-1.55	-.50	.46	-1.08
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	-.13	.23	-.57	-.85	.46	-1.86
การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ	.25	.23	1.11	-.36	.46	-.79

3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity)



4. ตัวแปรอิสระจะต้องเป็นอิสระจากกัน โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (multicollinearity) ตรวจสอบโดยพิจารณาจากค่า Tolerance ซึ่งค่าที่ได้ต้องเข้าใกล้ 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเอง และค่า Variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 (เพชฌน้อย, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้ ค่า Tolerrance อยู่ในช่วง .497 - .932 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.073 – 2.013

ตาราง 9

แสดงค่า *Tolerance* และ *Variance inflation factor (VIF)* ของตัวแปร

ตัวแปร	Tolerance	Variance inflation factor (VIF)
ลักษณะของครอบครัว	.926	1.079
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.578	1.729
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	.497	2.013
ระยะเวลาให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์	.932	1.073
การสนับสนุนทางสังคม	.759	1.317
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.532	1.914

5. ทดสอบความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปร

5.1 ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin Watson พบว่าได้ค่า 1.79 (อยู่ในช่วง 1.5 – 2.5) แสดงว่าไม่มี autocorrelation

5.2 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) เมื่อพิจารณากราฟการกระจายตัวของข้อมูล (scatter plot)

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. ศาสตราจารย์ นพ.พิเชฐ อุคมรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
2. ดร.วิณา คันนื่อง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
3. พว. ถนอมศรี ศรีศิริรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ได้รับวุฒิบัตร พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

