



ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2543

ISBN 974-663-550-6

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ดพ
09379
2543
ด.2

50561 ด.2

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ศ. สาริศา

นางเอื้ออารีย์ สาริกา

ผู้วิจัย

ศ. นพ. บุญทอง

รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ บุญทอง

ค.บ.,M.S.,Ed,D.(Nursing and Higher Education)

ประธานคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อ. นพ. ไฉน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วาสนา แจ่มจันทร์

ค.บ.(สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง),

กศ.ม.(การแนะแนว)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อ. อธิวัฒน์

อาจารย์อติรัตน์ วัฒนไพสิน

ค.บ.,กศ.ม.(การแนะแนว),

กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อ. นพ. พันธุ์

รองศาสตราจารย์กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

วท.บ.(พยาบาล)

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์), Ph.D.(Nursing)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

ศาสตราจารย์เลียงชัย ลี้มล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2543



.....
อาจารย์อติรัตน์ วัฒนไพสิน

ค.บ., กศ.ม.(การแนะแนว)

กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
นางเอื้ออารีย์ สาริกา

ผู้วิจัย



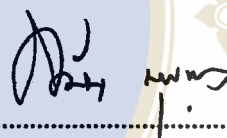
.....
นายแพทย์ประยูศักดิ์ เสรีเสถียร

พบ., ว.ว.(จิตเวชศาสตร์)

ส.ม.(สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)

ว.ว.เวชศาสตร์ป้องกัน(ระบาดวิทยา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
รองศาสตราจารย์ทัศนာ บุญทอง,

ค.บ.,M.S.,Ed.D.(Nursing and Higher Education)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
รองศาสตราจารย์ จิรายวัตร คมพยัคฆ์

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

ส.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วาสนา แจ่มเขตร

ค.บ.(สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง)

กศ.ม. (การแนะแนว)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
ศาสตราจารย์เลียจชัย ลิ้มล้อมวงศ์, Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



.....
รองศาสตราจารย์กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล,

Ph.D.(Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศา บุญทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์วาสนา แฉล้มเขตร และอาจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งรองศาสตราจารย์ ดร.จริยวัตร คมพยัคฆ์ และอาจารย์นายแพทย์ ประยูกต์ เสรีเสถียร ที่กรุณาให้แนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย จนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ที่กรุณาให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และยินดีสละเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา คุณวัลลีย์ กนกวิจิตร อดีตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล นายแพทย์ปรีชา ศตวรรษารัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และอาจารย์เจริญ แจ่มแจ้ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ได้สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสลาศึกษาต่อครั้งนี้ด้วย

ขอกราบขอบคุณ นายแพทย์รัชฎฤทธิ์ กฤษณะ และอาจารย์รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราลิส ที่ได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา และขอขอบคุณ คุณรัชวัลย์ บุญโถม ที่กรุณาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลให้แก่ผู้วิจัยอีกด้วย

ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ทองเจือ อิมประภา ที่ปลุกฝังการใฝ่รู้และพากเพียรในการศึกษา คอยให้ความรักและห่วงใยตลอดมา และขอขอบคุณคุณกรองกาญจน์ ภัทรศิริณ คุณชวเรศ สายเพชร คุณชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ และคุณพิไลวรรณ วิชัยดิษฐ์ ที่ช่วยสนับสนุนผู้วิจัยมาตลอด และท้ายที่สุดขอขอบคุณ คุณประยูร สาริกา และลูกสาวสุดที่รักทั้ง 2 ที่ช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัย ได้มีความมานะต่อการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ดีที่สุดในช่วงหนึ่งของชีวิต

3937494 NSPS/M สาขาวิชา : สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, พย.ม.(สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์)

คำสำคัญ : ความเครียด / การเผชิญความเครียด / ผู้ดูแลผู้ป่วย / โรคจิตเภท

เอื้ออารีย์ สาริกา : ²⁵⁴³ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

(STRESS AND COPING STRATEGIES OF CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ทศนา บุญทอง, Ed.D., วาสนา แฉล้มเขตร, กศ.ม.(การแนะแนว), อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ค.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). 86 หน้า. ISBN 974-663-550-6

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่มีสถิติการเจ็บป่วยมากเป็นอันดับ 1 ลักษณะการดำเนินโรคส่วนใหญ่จะเป็นเรื้อรังและรุนแรง พบความเสื่อมของบุคลิกภาพได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในด้านร่างกายและจิตใจ จากภาระดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 260 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่นำผู้ป่วยโรคจิตเภทมารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ส่วนสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดน้อยแต่พบบ่อยได้แก่ สถานการณ์ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และกรที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ผู้ดูแลจำนวนมากมีความเครียดในระดับน้อย ลักษณะความเครียดที่ปรากฏพบได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรม และจิตวิญญาณ การปรับตัวมีทั้งมุ่งเน้นในการแก้ปัญหาหรือแก้ไขสถานการณ์ และการลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ ผลการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะในการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ครอบคลุมถึงผู้ดูแลโดยการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

3937494 NSPS/M : MAJOR : MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
M.N.S.(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING).

KEY WORDS : STRESS / COPING WITH STRESS / CAREGIVERS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

EUAREE SARIGA : STRESS AND COPING STRATEGIES OF
CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS ADVISORS : TASSANA
BOONTONG, Ed.D.(Nursing and Higher Education), WASSANA CHALAEKHEM,
M.Ed.(Guidance), ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D.(Curriculum Research and
Development). 86 p. 974-663-550-6

Schizophrenia, a chronic and pervasive mental disorder, ranks first among all psychotic disorders. Due to personality deterioration, patients can not function well in their families and societies. Therefore, family members involved in caring for these patients may suffer from stress. The purpose of this study is to identify situations that cause stress, the nature and degrees of stress symptoms, and the ways in which these caregivers try to cope with stress. The sample population consisted of 260 caregivers who brought schizophrenic patients to Siriraj Hospital, Srithanya Hospital and Somdej-Chaophraya Hospital between 26 March and 31 August 1998.

The results of the study show that the most stressful situation is experienced in a situation where caregivers have to cope with a patient who does harm to others. But less stressful situations such as financial burden for living expense, and medical expenses were always found. Many caregivers experience stress on a mild level. Stress symptoms may be physical, emotional or spiritual. They may relate to cognitive and social behavior. Coping aims at solving problems or situations and reduce suffering. In conclusion the study suggested that nurses should be aware of the importance of schizophrenic caregivers. The nurses' role should be extended to also help the caregivers with techniques such as psychoeducation, counselling, advice and support in order to reduce their stress and cope with stress appropriately.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	6
คำถามในการวิจัย	6
ขอบเขตในการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
คำจำกัดความ	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
โรคจิตเภทและผลกระทบของโรคจิตเภทต่อผู้ดูแล	8
ความเครียดและการเผชิญความเครียด	13
ผู้ดูแลความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41
บทที่ 4 ผลการวิจัย	43
บทที่ 5 การอภิปรายผล	61
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	71
บรรณานุกรม	74

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	73
ก. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	74
ข. คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย	75
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	76
ประวัติผู้วิจัย	86



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามลักษณะพื้นฐาน	44
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามลักษณะพื้นฐาน	46
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การแปลผลระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตามสถานการณ์ เป็นรายข้อ	47
4	จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามลักษณะความเครียดที่ปรากฏ	51

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

- 1 กรอบแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

หน้า

5



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีการเสื่อมลงของอวัยวะต่างๆ มีการเบี่ยงเบนออกไปจากปกติ จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนเหมือนเดิมได้ ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน และเป็นความเจ็บป่วยที่เสื่อมลงเรื่อยๆ จึงทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องประสบกับความทุกข์ทรมานใจเนื่องจากความพิการหรือไร้ความสามารถเป็นระยะเวลายาวนานหรือตลอดชีวิต (Lubkin 1995: 7) ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่บ้านเพื่อช่วยเหลือในการดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยจะประสบกับข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจจากอาการป่วย ทำให้ขาดความสามารถในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง สูญเสียความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองหรือครอบครัว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการแสดงอารมณ์ การสื่อสาร และสัมพันธภาพภายในครอบครัว เพื่อดำรงความผาสุก ความผูกพัน ความคาดหวัง และเป้าหมายของครอบครัวไว้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมาชิกทำให้สูญเสียความเป็นส่วนตัว ภาวะสุขภาพ เวลาและเศรษฐกิจของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติเป็นอย่างมาก

การเจ็บป่วยทางจิตจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังประเภทหนึ่ง ซึ่งพบว่า ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเป็นจำนวนมาก จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2539 พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคจิตมีจำนวน 1,591,644 คน (สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2539) ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตนี้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านพฤติกรรม ความคิด การรับรู้ และอารมณ์ จึงทำให้ผู้ป่วยทางจิตส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีความบกพร่องในด้านหน้าที่การงาน ขาดแรงจูงใจ มีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เป็นผู้ที่มึนงงภาพจำกัด (Baker 1989: 32) จึงทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ที่ต้องเฝ้าติดตามและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย อีกทั้งด้านเศรษฐกิจที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน และในด้านสังคมที่ต้องปกปิดไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่ามิญาติป่วยทางจิต อีกทั้งความสัมพันธภาพในครอบครัวที่อาจจวนวาย เคียดร้อนจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่คอยรบกวนผู้อื่น

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยสูง มีความชุกร้อยละ 0.2-2 ในประชากรทั่วไป (American Psychiatric Association 1994) มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและรุนแรง มีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้หลายครั้ง มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี 2531: 99) จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1991 พบว่ามีประชากรป่วยเป็นโรคจิตเภทถึง 2 ล้านคน ซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถึงปีละ 10-20 พันล้านดอลลาร์ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ (Alden Lipton & Robert Cancro 1995: 968) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้แสดงให้เห็นในระดับโลกว่าโรคจิตเภทมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยโรคจิตเภทจะมีอัตราป่วย 9-10 คนต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่โรคเรื้อรังอื่น เช่น เบาหวานมีอัตราป่วย 7 คนต่อประชากร 1,000 คน (Hughes et al 1983 อ้างในกระทรวงสาธารณสุข 2529-2530: 17) สำหรับประเทศไทยจากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกที่ใหญ่ที่สุด และมีขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง มีสถิติผู้ป่วยโรคจิตที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 87,225 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท 47,823 คน และในปี พ.ศ. 2540 จำนวน 87,845 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท 47,432 คน จากสถิติจะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทมีอัตราการป่วยค่อนข้างสูง ส่วนการดำเนินโรคจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล 2536: 73) มีอาการหลงผิดแบบแปลกประหลาด และบางครั้งมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไปไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม การแต่งกายสกปรก แปลก หรือสุขอนามัยส่วนบุคคลเลวลง (มานิช หล่อตระกูล 2539: 114) มีการแยกตนเองออกจากสังคม บางครั้งนั่งยิ้มหัวเราะคนเดียว (เกษม ดันดิผลาชีวะ 2536: 336) และบางครั้งอาจมีอาการรุนแรงเห็นได้ชัดเจน เช่น การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของเสียหาย พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอันตราย ชอบพาลทะเลาะวิวาท (สมภพ เรื่องตระกูล 2536: 74) ซึ่งเป็นอาการเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นได้ จะมีอาการเป็นๆ หายๆ และ 80% ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Anderson 1986 cited in Baker 1989: 32) ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานไปตลอดชีวิต ซึ่งนำความยากลำบาก ความเศร้าและความเครียดมาสู่ครอบครัว (Eakes 1995: 77) และยังทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจของชาติเป็นอย่างมาก

ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ มีนโยบายในการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล โดยให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในระยะเฉียบพลันและรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นได้ จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น สมาชิกครอบครัวจึง

ต้องมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือและรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยให้การดูแลและการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่มีอาการต่างๆที่ยังหลงเหลืออยู่ และไม่สามารถประเมินได้แน่นอนว่าจะมีอาการทุเลาหรือดีขึ้นเมื่อใด อาการที่ปรากฏเป็นความแปรปรวนของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยไม่สนใจตนเอง ละเลยในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน หรือเปลี่ยนเสื้อผ้า กระทำพฤติกรรมบางอย่างซ้ำๆ เช่น ถ้างม้อบอช พุดซ้ำๆ เดินกลับไปกลับมา มีความคิดหมกมุ่นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีความหลงผิดคิดว่าคนอื่นแกล้งตนหรือมีคนเอายาพิษมาใส่อาหารให้รับประทาน นั่งคนเดียว ไม่พูดคุยกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวหรือแขกตัว และบางครั้งมีพุดโต้ตอบคนเดียว ผู้ป่วยบางคนก็วุ่นวายกับสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งมากเกินไป ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ ตกงาน ไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัวในด้านเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันผู้ป่วยจิตเภทมักจะปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง จึงไม่รับประทานยาโดยสม่ำเสมอทำให้อาการทางจิตค่อยๆ กลับทวีความรุนแรงมากขึ้น จากอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงต้องการได้รับการดูแลและช่วยเหลือ (Rose 1996: 17) ซึ่งต้องกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รวมทั้งมีส่วนช่วยในการดูแลกิจวัตรสำหรับผู้ป่วยบางรายด้วย เช่น อาบน้ำให้ ทำอาหารให้รับประทาน กระทำหน้าที่ต่างๆ ตามบทบาทในครอบครัวแทนผู้ป่วย อีกทั้งต้องดูแลให้รับประทานยาตามเวลาพร้อมทั้งดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตลอดจนการพามาพบแพทย์ตามนัดและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย รวมทั้งการฟื้นฟูทักษะทางสังคมต่างๆอีกด้วย ซึ่งนับว่าเป็นภาระหนักที่ผู้ดูแลต้องกระทำต่อเนื่องนานนับปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เกิดความรู้สึกลังเลใจ ทุกข์ทรมาน กลัว เสียใจ สูญเสีย ต่ำหนืดตนเอง โกรธ (Lefley, 1987 cited in Petemeli Taylor & Hartley, 1993: 23) ซึ่งจากการสำรวจสภาพครอบครัวที่อยู่ร่วมกับญาติที่มีอาการป่วยทางจิตพบว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตกอยู่ในภาวะตั้งเครียดที่รุนแรงและดูเหมือนจะไม่มีวันสิ้นสุดลงได้ (Creer Doll และ Grad 1975 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล 2538: 20)

จากภาระการดูแลที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องประสบกับความเครียดต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยและความเครียดจากการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยซึ่งมีอาการทางจิต รวมทั้งความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องมีการปรับตัว โดยมีปฏิริยาตอบสนองต่อความเครียดในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ซึ่งลาซารัส (Lazarus 1984: 285) ได้กล่าวถึงการเผชิญความเครียดไว้เป็น 2 ลักษณะคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Coping) เน้นการปรับตัวโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา หรือแก้ไขที่สาเหตุ หาวิธีแก้ไขปัญหาหลายๆ วิธี โดยเลือกวิธีที่เหมาะสม และ

การเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ (Emotional-Focused coping) ซึ่งเน้นการปรับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อพยายามลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจให้น้อยลง หาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม หรือการใช้กลไกทางจิตก็จะช่วยลดแรงกดดันให้น้อยลง ซึ่งถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเลือกวิธีการที่ก่อให้เกิดประโยชน์เป็นไปในทางสร้างสรรค์ เช่น การพูดระบายความรู้สึกให้กับผู้ใกล้ชิดหรือเพื่อนฝูง การนั่งสมาธิ การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความตึงเครียด การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากโรงพยาบาล การศึกษาข้อมูลและการหาวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหา หรือการเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างท้าทาย พฤติกรรมเหล่านี้จะทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อสู้กับปัญหาและความเครียดได้ดี ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถปรับตัวได้เกิดภาวะสมดุลทางจิตตามมา และยังเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของสมาชิกครอบครัวอีกด้วย (Mc Cubbin, In Danielson et al (Eds), 1993; 44-45) ในทางตรงข้ามถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างไม่สร้างสรรค์ เช่น การใช้อารมณ์รุนแรงกับผู้ป่วย การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางลบ การสื่อสารที่เบี่ยงเบน การปฏิเสธผู้ป่วยก็จะยิ่งเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความวุ่นวาย ความยากลำบากในครอบครัว สมาชิกไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดการเสียสมดุลทางจิต ก่อให้เกิดความเครียดกับสมาชิกภายในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากยิ่งขึ้น ทำให้ครอบครัวขาดความสงบสุขได้

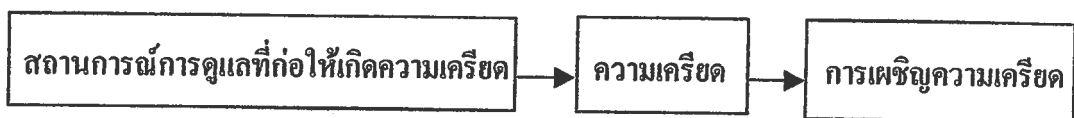
ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตลอดจนให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดความเครียดของสมาชิกภายในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตลอดจนส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีภาวะสุขภาพกายและจิตใจดีขึ้น สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องของความเครียดและการเผชิญความเครียดของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus and Folkman 1984: 141-155) และกรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยของแมคคubin (McCubbin & McCubbin, In Danielson, et al., Eds, 1993: 21-60 ซึ่งกล่าวถึงความเครียดว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมและเป็นการประเมินสถานการณ์ว่า

คุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความผาสุกของตนเอง ทำให้เกิดการปรับตัวหรือเผชิญความเครียดโดยใช้ทรัพยากรของบุคคล ครอบครัวและสังคม การเผชิญความเครียดเป็นวิธีการต่างๆ ที่หลากหลายที่บุคคลใช้เพื่อจัดการกับความเครียด อาจมีเป้าหมายเพื่อจัดการกับสถานการณ์ให้ลดแรงคุกคามต่อบุคคลลง หลีกหนีหรือยับยั้งสถานการณ์นั้นไว้ชั่วคราว ให้ความหมายกับสถานการณ์ใหม่ รวมทั้งการลดอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขเมื่ออยู่ในภาวะเครียดลงด้วยการออกกำลังกาย เลี่ยงสัตว์ เล่าระบายหรือใช้ยาหรือสารเสพติด ซึ่งการเผชิญกับภาวะเครียดที่เรื้อรังและยาวนาน จะทำให้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆลดลง สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เช่นเดียวกันต้องประสบสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การอยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย เช่น การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งผู้ดูแลจะต้องประสบกับอาการหรือพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งสภาวะอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย และการแสดงออกของบุคคลต่างๆในสังคมที่มีต่อสมาชิกในครอบครัวซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภท นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องประสบกับผลกระทบจากการที่ต้องเป็นที่ผู้ดูแลในเรื่องของทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ของครอบครัวลดลง เช่น เวลา สภาวะทางเศรษฐกิจ สภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ความมั่นคงแน่นแฟ้นของครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินสถานการณ์ดังที่กล่าวมาข้างต้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามเป็นอันตราย และรบกวนความผาสุกของตนเอง และปรากฏลักษณะต่างๆของความเครียด จะปรากฏใน 5 ด้านคือ ร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา สังคม จิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพยายามใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อลดความเครียดและกลับเข้าสู่ความสมดุลอีกครั้ง อาจเป็นการเผชิญความเครียดที่มีจุดมุ่งหมาย โดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมเพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ประเมินว่าทำให้เกิดความเครียดให้ดีขึ้น มีการจัดการกับแหล่งที่มาของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยมุ่งแก้ปัญหาหรือปรับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพการทำงานของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 107).

ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาตามแนวทางในแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล
2. ศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ศึกษาลักษณะความเครียดที่ปรากฏในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. ศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำถามในการวิจัย

1. สถานการณ์ใดในการดูแลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดอยู่ในระดับใด
3. ลักษณะความเครียดที่ปรากฏแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างไร
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเผชิญความเครียดอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ ศึกษาถึงความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วยสถานการณ์การดูแลทั่วไป การจัดการกับพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและผลกระทบจากการที่ต้องเป็นผู้ดูแล ศึกษาถึงลักษณะความเครียดที่ปรากฏแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์ ในการวางแผนให้การช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้การเผชิญความเครียดได้เหมาะสม สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

คำจำกัดความ

สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดหมายถึง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญและก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นสถานการณ์การดูแลที่เกี่ยวกับการดูแลทั่วไป การจัดการกับพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแล

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทว่าคุกคาม เป็นอันตรายและรบกวนความพึงพอใจของตนเอง

ระดับความเครียด หมายถึง ระดับความรู้สึกเครียดที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินจากสถานการณ์การดูแลที่ต้องเผชิญ แบ่งระดับความเครียดได้เป็น เครียดมากที่สุด เครียดมาก ปานกลาง น้อย และไม่เครียดเลย

ลักษณะความเครียด หมายถึง ลักษณะที่ปรากฏของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อเกิดความเครียด แบ่งตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านพฤติกรรม และด้านจิตวิญญาณ

การเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้เพื่อจัดการหรือลดความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้น แบ่งเป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ ซึ่งเป็นการจัดการหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียดและการเผชิญที่มุ่งจัดการกับอารมณ์หรือการเปลี่ยนแปลงหรือปรับอารมณ์ที่ทุกข์ทรมานหรือรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ

○ **ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ให้ความช่วยเหลือหรือรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ให้การดูแลที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง รางวัล และรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่นเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาศรีษดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. โรคจิตเภท และผลกระทบของโรคจิตเภทต่อผู้ดูแลผู้ป่วย
2. ความเครียดและการเผชิญความเครียด
3. ผู้ดูแล ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. โรคจิตเภท และผลกระทบของโรคจิตเภทต่อผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่อยู่กันมานาน และเป็นโรคที่มีความสำคัญอันดับหนึ่งของโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหลาย โรคจิตเภทจะแสดงลักษณะโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพและขาดความเข้าใจสภาพความเป็นจริงต่างๆ อย่างมาก ทำให้ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติ รวมทั้งทำให้ขาดการเอาใจใส่ตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การงานและความสัมพันธ์กับสังคมเสียไปด้วย (สุวทนา อารีพรรค, 2524: 237)

“จิตเภท” มาจากคำว่า จิต + เกท เกท แปลว่าแตกแยก หรือทำลาย ฉะนั้นจิตเภทแปลว่า จิตใจแตกแยกหรือถูกทำลาย โรคนี้ส่วนมากเกิดกับคนวัยรุ่นและหนุ่มสาว ส่วนมากเป็นเรื้อรังและเมื่อเป็นโรคนี้แล้วผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพให้เห็นได้ สมภพ เรื่องตระกูล (2536: 73) จากสถิติของ American Psychiatric Association (1994) พบว่า มีอัตราของผู้ป่วยโรคนี้ 1-2% ของประชากรโลก และส่วนใหญ่เป็นเรื้อรัง พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และระดับเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำมากกว่าสูง และโรคจิตเภทยังถูกจัดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ซึ่งมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ป่วยเป็นโรคนี้และผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรักษาหายแล้วมักไม่ค่อยรับประทานยา เนื่องจากคิดว่าตนไม่ได้ป่วยเป็นอะไร จึงทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายครั้ง (Johnson 1997: 578)

นอกจากนี้ เกษม ดันดิผลาชีวะ (2536: 333) ยังกล่าวเกี่ยวกับสาเหตุของโรคจิตเภทมักมีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกันในการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น และผู้ป่วยแต่ละรายได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน แต่ปัจจัยใหญ่ๆ ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทมีดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของ Franz Kallman พบว่าถ่ายทอดทางพันธุกรรมถึงร้อยละ 77.6 ในแฝดไข่ใบเดียวกันที่แยกกันอยู่ และร้อยละ 91.5 ในกลุ่มที่อยู่ร่วมกัน

2. ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) จากการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยทางชีววิทยาต่างๆ ที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทพบว่าสมมติฐานที่ได้รับความเชื่อถือมากที่สุด ได้แก่ ความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมองที่มากเกินไป และจำนวน postsynaptic receptor มากไป อีกทั้งความไม่สมดุลระหว่าง Acetylcholine กับ dopamine และ GABA อีกด้วย

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego ซึ่งถ้ามี Psychic Trauma ในช่วงระยะพัฒนาการขวบปีแรกจะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคได้ ซึ่งทำให้การปรับตัว การมีสัมพันธภาพกับคนอื่น การควบคุมพฤติกรรมไม่ดี และผู้ป่วยโรคนี้มีความไวต่อความเครียดได้ง่าย และมักเลือกใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย การโทษคนอื่น เพื่อลดกังวลได้ จนกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร และเกิดการเรียนรู้จนกลายเป็นพยาธิสภาพไป

4. ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม (Sociocultural factors) ซึ่งพบว่า สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภทและประชากรที่มีฐานะยากจนระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำต้องเผชิญความเครียดมากกว่า ครอบครัวที่มีการขัดแย้งกัน มักทะเลาะวิวาทกระทบกระทั่งกัน โดยใช้อารมณ์ต่อกันสูง (Expressed Emotion) ความไม่เสมอต้นเสมอปลายของมารดาทำให้เด็กเกิดทั้งภาวะต้องการและกลัวมารดา ทำให้เด็กไม่สามารถสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นได้

โดยสรุปแล้ว สาเหตุของโรคจิตเภทมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายอย่างประสมประสานกัน ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านชีววิทยา หรือปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคม วัฒนธรรม อีกด้วย

อาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน การพูดผิดปกติ เช่น พูดคววน พูดไม่ติดต่อกัน มีความเสื่อมในการหน้าที่ด้านต่างๆ บางรายไม่สามารถทำงานได้ ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ แยกตนออกจากสังคม พฤติกรรมแปลกๆ สุขอนามัยส่วนบุคคลและการแต่งกายเลวลง บางครั้งอารมณ์เฉยเมย ขาดความคิดริเริ่มและมีความเชื่อแปลกๆ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 338)

ชนิดของโรคจิตเภท แบ่งตาม DSM IV R มีทั้งหมด 5 ชนิด

1. Catatonic Type มีอาการเด่นแบบใดแบบหนึ่ง คือ ซึม เคลื่อนไหวน้อย ไม่สนใจสิ่งแวดลอม ไม่พูด เคลื่อนไหวมากอย่างไร้จุดหมาย อยู่ในท่าเกร็ง หรืออยู่ในท่าแปลกๆ
2. Disorganized Type มีอาการความคิดและคำพูดไม่ปะติดปะต่อ (incoherence) อารมณ์เฉยเมย ไม่เหมาะสม ไม่มีอาการของ Catatonic
3. Paranoid Type มีอาการหลงผิดอย่างเป็นระบบในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง หรือมีประสาทหลอนร่วมด้วย ในเนื้อหาที่เป็นเรื่องเดียว อาการที่มักพบร่วมด้วยคือ อารมณ์โกรธ พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอันตราย ชอบพาลทะเลาะวิวาท มีความรู้สึกหวาดกลัว และมี Idea of Reference (สมภพ เรื่องตระกูล, 2536: 78)
4. Undifferentiated Type มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความเห็นไม่ปะติดปะต่อ หรือพฤติกรรมที่ Disorganized
5. Residual Type เป็นพวกที่เคยมีอาการของโรคจิตเภทมาก่อน แต่ขณะนี้ไม่มีอาการทางจิตที่ชัดเจน ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน แต่จะมีลักษณะ loosening of Association อยู่บ้าง สีน้าจะเฉยเมยและแยกตนเอง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการคาดหมายว่า ต้องเกิดอาการแบบเรื้อรังและนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ (deterioration) แต่หลังจากการค้นพบวิธีการรักษาด้วยยาโรคจิตและทางกายภาพ พบว่าการดำเนินโรคเปลี่ยนไปในทางดีขึ้นมาเรื่อยๆ ซึ่งปัจจุบันอัตราการหายดีขึ้นถึงร้อยละ 50-70 และเหลือค้างอยู่ในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 20-16 เท่านั้น (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536: 341) ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือการรักษาทางกายและการรักษาทางจิตสังคม

การรักษาทางกาย เป็นการรักษาด้วยวิธีการใดๆ ที่กระทำต่อร่างกาย โดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ในปัจจุบันมีการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งเป็นการรักษาที่ได้ผลเร็วและมีประสิทธิภาพ

การรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ รวมทั้งการนำหลักการของพฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ เช่น การรักษาจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดครอบครัว และกลุ่มบำบัดต่างๆ ซึ่งการรักษาวินัยนี้ต้องควบคู่กับยารักษาโรคจิตด้วย

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่ส่วนมากเมื่อเป็นแล้วมักจะไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเองและสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ 1) มีบุคลิกภาพเดิมดี 2) สามารถปฏิบัติหน้าที่ของสังคมอย่างมีประสิทธิภาพมาก่อน 3) สิ่งแวดล้อมดี มีครอบครัว มีเพื่อน มีอาชีพ

และฐานะทางเศรษฐกิจดี 4) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทภายในครอบครัว 5) อาการเริ่มเกิดในวัยกลางคน 6) ลักษณะของโรคเป็นแบบอาการปรากฏอย่างเฉียบพลัน มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจนและมีการตอบสนองของอารมณ์ดี 7) แรงกระตุ้น กำลังใจ และความคิดริเริ่ม (สุวทนา อารีพรค, 2524: 245)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความเรื้อรัง มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริงต่างๆ อย่างมาก ซึ่งทำให้มีความบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสียไป (สุวทนา อารีพรค, 2524: 237) มีการดำเนินโรคและการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งมีผลเสียจากการเจ็บป่วยเป็นโรคนี้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านกระบวนการคิด และด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ดังนี้

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทะเลาะในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล ไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ผมหงอก รังไร ไม่สะอาด บางคนไม่ระมัดระวังน้ำหนักเกินจนดูคล้าย รังนก ผู้ป่วยชายบางคนหนวดเครายาวรุงรัง เล็บยาวไม่เคยตัด ใส่เสื้อผ้าเก่าหรือใส่เสื้อผ้าซ้ำๆ มีกลิ่นตัวเหม็น บางคนสูบบุหรี่จนนิ้วเหลือง ฟันเหลืองคราบบุหรี่ยุ่ย ผู้ป่วยหญิงก็เช่นเดียวกันจะดูสกปรกมากเวลามีประจำเดือน บางคนก็ปล่อยให้ละอะเทอะเปื้อนกางเกง หรือผ้าถุงที่ใส่ บางคนไม่ใส่รองเท้าเดินเท้าเปล่า เท้าแตกระแหง ผิวหนังบางคนเป็นรอยโรคผิวหนัง เช่น เป็นผื่นหรือตุ่มคัน ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่ค่อยสนใจตนเอง การแต่งกายสกปรก สุขอนามัยส่วนบุคคลเลวลง (เกษม ดันดิผลาชีวะ 2536: 336) ไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้ ญาติต้องให้ความช่วยเหลือดูแลเป็นประจำ เนื่องจากผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอ (Goldman 1982)

ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยเหล่านี้มีอารมณ์แบบไม่เหมาะสม (inappropriate) เช่น เฉยเมย ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเรื่องที่กำลังพูด เช่น หัวเราะ ยิ้ม ขณะพูดถึงเรื่องความตาย อารมณ์แปรปรวน สองจิตสองใจ (Ambivalence) ในรายที่มีอาการหวาดระแวง อาจมีท่าที่ไม่เป็นมิตร (Hostile) บางรายมีอาการโกรธ อาจก้าวร้าว คำหยาบคาย บางครั้งมีอาการเศร้า ซึ่งไม่มีการร้องไห้หรือลักษณะเหมือนสวมหน้ากาก ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาที่รักษาโรคจิต (สุวทนา อารีพรค, 2524: 244)

ด้านพฤติกรรมทางสังคม ผู้ป่วยชอบแยกตนเอง ไม่ชอบสูงส่งกับใคร ไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม หมกมุ่นอยู่กับตนเอง แยกตัวจากโลกภายนอก มีความเพ้อฝันซึ่งคลุมเครือ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง ชอบอยู่ตามลำพัง ไม่ติดต่อสมาคมกับใคร ไม่ค่อยเที่ยวเตร่ ไม่ชอบการแข่งขัน ในรายที่พบความผิดปกติมากจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ ญาติต้องคอยช่วยเหลือ ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพ

เพื่อหาถึงตนเองและ/หรือครอบครัว ขาดความสามารถในการสร้างมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น บทบาทหน้าที่ต่างๆ ทางสังคมจะหมดไป แต่กลับเป็นภาระให้ครอบครัวและสังคมที่จะต้องดูแลรักษาแทน จะมีบุคลิกภาพที่เสื่อมลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2536: 73)

ด้านกระบวนการคิด มีความผิดปกติในรูปแบบความคิด คือคิดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกรื่องหนึ่ง ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันโดยตรง โดยผู้พูดไม่รู้ตัวว่าเรื่องที่ตนพูดไม่ต่อเนื่องกัน (loose association) ในรายที่เป็นมาก ผู้ป่วยจะพูดเรื่องเดียวไม่ต่อเนื่องกัน (incoherence) ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจ นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของเนื้อหาของความคิด ได้แก่ ความหลงผิดแบบต่างๆ ความคิดมีลักษณะแตกแยกเป็นส่วนๆ (fragmented) หรือแปลกๆ หลงผิดคิดว่าคนจะทำร้าย (Persecutory Delusion) หรือพยายามควบคุมความคิดหรืออาการกระทำของผู้ป่วย หรือมีความคิดหลงผิดแบบแปลกประหลาด Bizarre Delusion) หลงผิดคิดว่าความคิดตนกระจายไปในอากาศ (thought broadcasting) ตลอดจนการรับรู้ที่ผิดปกติที่พบบ่อยคือ ประสาทหลอน ซึ่งพบมากที่สุดคือ หูแว่ว (Auditory Hallucination) รองลงมาคือภาพหลอน Visual hallucination และมีอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติตั้งแต่เอะอะโวยวาย อาละวาด รุนวายเป็น Hyperactivity ไปจนถึงซึมเฉย (Stupor) เชื่องช้าคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (Waxy Flexibility) ทำอะไรซ้ำๆ (Stereotypy หรือ Mannerism หรือพูดอะไรซ้ำๆ ในสิ่งที่ใช้ความหมาย ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะสำหรับโรคจิตเภท ผู้ป่วยมีความเชื่อแปลกๆ มีความคิดเชิงปาฏิหาริย์ (magical thinking) เช่น เชื่อไสยศาสตร์ โทริจิต สัมผัสที่ 6 มีความคิดว่าสิ่งต่างๆ รอบตัวเกี่ยวข้องกับตน

ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะสูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ ส่วนใหญ่จะมีลักษณะเฉื่อยชา ขาดแรงกระตุ้น ขาดแรงจูงใจ ขาดการกระทำที่มีจุดมุ่งหมาย หน้าที่การงานบกพร่อง ไม่ค่อยมีสมาธิ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจหรือแก้ปัญหาได้ รู้สึกไม่มั่นคงต่อสถานะความเป็นอยู่ของตนเอง มักมีบุคลิกภาพที่มีปัญหาการปรับตัว ทางจิตใจ อารมณ์ สังคม ขาดความรับผิดชอบ ขาดความไว้วางใจผู้อื่น ความคิดอ่านหรือสติปัญญาเสื่อมถอย มีปัญหาทางด้านการเรียน และหน้าที่การงาน (มาโนช หล่อตระกูล, 2539: 116)

จะเห็นได้ว่าจากการที่โรคจิตเภททำให้เกิดผลเสียทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยแล้ว ผลกระทบที่ตามมาทำให้เกิดข้อจำกัด ความพร่องทางด้านร่างกาย ความพร่องด้านสติปัญญา การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์และความรู้สึก สมาชิกครอบครัวในฐานะที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับความเครียดโดยตรง จากพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในด้านความคิด การแสดงอารมณ์ และการกระทำต่างๆ เกิดการทะเลาะวิวาทกับบุคคลรอบข้าง มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ ทั้งในครอบครัว การงาน

และสังคม จึงเกิดเป็นความต้องการการดูแลของผู้ป่วย หรือภาวะงานที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ กระทำให้แก่ผู้ป่วย เช่น การหาอาหาร การดูแลเรื่องการรับประทานยา การทำความสะอาดร่างกาย ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่สามารถช่วยตัวเอง เมื่อมีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ในการไปแสวงหาอาหารเอง ไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้มาดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน มีอาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ดูแลก็ต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการช่วยเหลือหรือให้การดูแล ในบางครั้งผู้ป่วยจะไม่ได้ให้ความร่วมมือ เนื่องจากอาการหลงผิดหรือหวาดระแวงอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบาก ในการให้ความช่วยเหลือดังกล่าว นอกเหนือจากนี้ ความเครียดจากสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่น ภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน หรือสถานการณ์การทำงานและความเครียดจากพัฒนาการของชีวิต เช่น การแต่งงาน การเลี้ยงดูบุตร ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วยและผลที่ตามมาจากการดูแลผู้ป่วยด้วยระยะเวลายาวนาน และผลจากการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ก็ยังก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวและสังคมของผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวหรือเผชิญกับความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อลดความเครียดและกลับเข้าสู่คุณภาพตนเอง

2. แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียด

ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่าทุกคนมีชีวิตอยู่กับความเครียดตลอดเวลา ความเครียดมีอิทธิพลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของมนุษย์เป็นอย่างมาก ซึ่งความเครียดเป็นเหตุการณ์อย่างหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นเสมอในชีวิตประจำวันของมนุษย์ และยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งความหมายของความเครียดตามพจนานุกรมฉบับเวบสเตอร์ ได้ให้ความหมายของความเครียดหมายถึง แรงดัน ความกดดันหรือกำลังดึง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายได้ ซึ่งเรื่องความเครียดนี้เป็นเรื่องที่ได้ได้รับความสนใจและศึกษาอย่างกว้างขวางจากบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขาเกี่ยวกับนิยามความเครียด สาเหตุ ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดและผลการปรับตัว ซึ่งสามารถสรุปได้สังเขปดังนี้

ความหมายของความเครียด

มีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้ต่างๆ กัน สามารถสรุปได้ 3 กลุ่มคือ ให้ความสำคัญแก่สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความหมายที่ให้ความสำคัญแก่ปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกายเมื่อมีความเครียดและความหมายที่ให้ความสำคัญแก่ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

ความหมายของความเครียดที่เน้นที่สิ่งเร้า (Stimulus definition) จะทำให้ความสำคัญ กับเหตุการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือความตึงเครียดภายในตัวบุคคล เช่น ความเครียด คือความขัดขวางหรือการเร้าที่ทำให้มนุษย์พยายามหลีกเลี่ยงหรือทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและอารมณ์ร่วมกัน (พยอม อิงคตานุวัฒน์, 2525: 260) หรือความเครียดคือ เหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมนุษย์เราต้องประสบ (โฮล์มและเรย์ Holm & Rabe, 1967 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 95) ส่วนเอรอน แอนโทนอฟสกี ได้กล่าวถึงความเครียดว่า ความเครียดเป็นความต้องการทั้งภายนอกและภายในของบุคคลซึ่งถูกรบกวนทำให้เสียสมดุล (Aron Antonovsky 1982: 72) ซึ่งแนวคิดนี้เป็นสิ่งเร้าให้ความสำคัญกับเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือความตึงเครียดภายในตัวบุคคล เช่น ภัยธรรมชาติ ความเจ็บป่วย การตายของคู่สมรส นอกจากนี้เชฟเฟอร์ได้กล่าวถึงแหล่งที่มาของความเครียดว่าเป็นสภาพแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมภายในตัวบุคคล เช่น ภาวะมลพิษ และเสียง การอยู่ในชุมชนแออัด เกิดเหตุการณ์สำคัญในชีวิต (major life events) สภาพแวดล้อมในการทำงาน การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในทางลบ พร้อมรูปแบบในการดำเนินชีวิตที่เคร่งครัด และสภาพแวดล้อมภายในตัวบุคคล ได้แก่ ภาวะโภชนาการของบุคคล ภาวะสุขภาพ ปัญหาทางด้านจิตใจ ความพึงพอใจในชีวิต (Shaffer, 1983: 38-42)

ความหมายของความเครียดที่เน้นปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกาย (Response definition) ผู้ที่ให้นิยามนี้คือ เซลเย่ (Selye 1976: 36-38) ซึ่งแนวคิดนี้เน้นที่ปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกาย นิยามว่าความเครียดคือสภาวะที่ร่างกายเสียสมดุลเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบทางระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกันและระบบประสาทอัตโนมัติต่อสิ่งเร้า ไม่ว่าสิ่งเร้าจะเป็นประเภทใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบเช่นเดียวกันและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน เช่น การเต้นของหัวใจ ผื่นงหน่อเลือด การทำงานของระบบทางเดินอาหารและการหายใจ ซึ่งเรียกว่า อาการปรับตัวทั่วไป (the general adaptation Syndrome) (Selye, 1974: 36-38) ได้แบ่งปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกายออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่หนึ่ง ปฏิกิริยาต่อสิ่งเตือนภัย (alarm reaction) เป็นขั้นตอนที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะที่สอง เรียกขั้นตอนการต่อต้าน (Stage of resistance) เป็นขั้นตอนที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างเต็มที่ ระยะที่สาม เรียกขั้นตอนการเหนื่อยล้า (stage of exhaustion) เป็นขั้นตอนที่ร่างกายเหนื่อยล้า เนื่องจากพลังงานในการปรับตัวของร่างกายมีจำกัด ซึ่งถ้าบุคคลตกอยู่ภายใต้สภาพเครียดเรื้อรัง จะส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคต่ำลง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นชั่วคราวจะเปลี่ยนเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร (Zohourex, 1988: 21 อ้างถึงในอดิรัตน์ วัฒนไพลิน, 2539: 21)

ความหมายของความเครียดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม นักวิชาการที่เสนอแนวคิด ได้แก่ ลาซารัสและฟอล์คแมน ได้กล่าวถึงความเครียดเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อความสุขสบาย อันมีผลทำให้บุคคลดึงเอาทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น สุขภาพและพลังงาน ทักษะในการแก้ปัญหา ทรัพยากรทางด้านวัตถุ ทรัพยากรทางสังคม (Lazarus and Folkman, 1984: 21) ส่วนอีกแนวคิดหนึ่งที่ใกล้เคียงกันคือ แนวคิดที่มองความเครียดคือ สภาวะการทำหน้าที่ที่เคยเป็นมาอย่างราบรื่นของบุคคลถูกรบกวนทั้งร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ เมื่อประสบกับสถานการณ์ที่บุคคลให้ความหมายและมีความเข้าใจว่าก่อให้เกิดอันตราย การสูญเสียความเศร้าโศกหรือเกิดความรู้สึกทำทนาย ทำให้บุคคลนั้นจะพัฒนาทักษะหรือแปลความหมายสถานการณ์ขึ้นใหม่ (Benner and Wrubell, 1989: 59 อ้างใน อติรัตน์ วัฒนไพลิน, 2539: 22) ซึ่งนิยามที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมนี้ให้ความสำคัญแก่กระบวนการทางความคิดของบุคคลและปรากฏการณ์ความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะและมีความแตกต่างระหว่างบุคคลอีกด้วย

จากนิยามของความเครียดดังกล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า บุคคลได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความเครียดหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญต่อสิ่งนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่างๆ ในชีวิต ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาได้ตอบสนองต่อความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้เกิดลักษณะความเครียดในด้านต่างๆ ตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและจิตวิญญาณ (Rawlins, et. al., 1993: 141-148) เพื่อเป็นการควบคุมหรือลดความต้องการจากสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกเครียด เพื่อให้ตนเองกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งลักษณะความเครียดที่ปรากฏมีดังนี้

ด้านร่างกาย มีอาการปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้องผูก ถ่ายปัสสาวะบ่อย การหายใจ ชีพจร ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหน้าอกตึง ทำให้หายใจลำบาก

ด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ทางลบต่างๆ เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด ถูกคุกคาม สูญเสีย โศกเศร้า กลัว โกรธ ไม้ไว้วางใจและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง

ด้านกระบวนการคิด ได้แก่ การรับรู้ ความจำ สมาธิเสียไป ตัดสินใจไม่ดี ความคิดสับสนวนเวียนในเรื่องเดิม

ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาทสังคม ซึ่งแสดงออกด้วยการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นหรือในทางตรงข้ามเฉื่อยชา ไม่สนใจ

ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาที่ยึดถือ แสดงออกโดยรู้สึก
หมดหวังในชีวิต ท้อแท้ อับอาย รู้สึกผิด

ทั้งนี้นอกจากผู้ดูแลจะมีลักษณะต่างๆ ของความเครียดที่ปรากฏออกมาแล้ว ยังมีระดับ
ความเครียดที่แตกต่างกัน

ระดับความเครียด

จากนิยามความเครียดตามที่กล่าวมานั้นสามารถส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นได้
และบุคคลสามารถรับรู้ถึงระดับความเครียดที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัว
ของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันด้วยเหตุปัจจัย และพื้นฐานทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม
และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ส่งผลทำให้การรับรู้ต่อระดับความเครียดที่แตกต่างกัน

แจนิส (Janis, 1952 อ้างในอัมพร โอตระกูล, 2538: 30) ได้แบ่งระดับความเครียดออก
เป็น 3 ระดับดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) มีความเครียดเกิดขึ้นน้อยมากและหมดไปในระยะเวลาอันสั้น เพียงวินาทีหรือภายในชั่วโมงเท่านั้น ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น ไปทำงานไม่ทันเวลา ฯลฯ
2. ความเครียดระดับกลาง (Moderate stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงกว่า โดยมีระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือหลายๆ ชั่วโมง จนกระทั่งนานเป็นวัน เช่น การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง การทำงานมากเกินไป หรือความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน
3. ความเครียดระดับสูง (Severe stress) ความเครียดระดับนี้จะอยู่นานเป็นสัปดาห์ หรืออาจจะเป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้ เช่น การตายจาก การเจ็บป่วยที่รุนแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกายที่มีความสำคัญต่อวิถีการดำรงชีวิต

สำหรับ ซัทเทอร์ลี (Sutterly 1982 อ้างใน อุบล นิวัติชัย 2527: 152) ได้แบ่งระดับความเครียดไว้ 6 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 (Atarexy) คือภาวะต่ำสุดของความเครียด เช่น ภาวะที่บุคคลได้รับยานอนหลับ หรือภาวะอยู่ในสมาธิระดับลึก

ระดับที่ 2 (Minimal) คือภาวะที่บุคคลรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย เช่น ภาวะฝันกลางวัน ภาวะจิตสงบ

ระดับที่ 3 (Mild) คือสภาวะความเครียดที่เกิดเป็นปกติในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต แต่เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว ว่องไว พร้อมทั้งจะมีกิจกรรมมีการเรียนรู้ มีการขีดหุ่น

ระดับที่ 4 (Moderate) ความเครียดที่เกิดขึ้นชั่วคราว เช่น ภาวะที่บุคคลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ และรู้สึกว่าได้รับการคุกคาม ภาวะนี้ทำให้การรับรู้เกิดความสนใจน้อยลง ขาดการควบคุมตัวเอง มีพฤติกรรมเปลี่ยน เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ ปวดศีรษะหรือมีอาการทางกายอื่นๆ

ระดับที่ 5 (Severe) คือระดับที่บุคคลปรับตัวไม่ได้ เช่น ภาวะหมดแรง องค์กรประกอบต่างๆ ในร่างกายไม่สามารถรับมือกับความเครียดต่อไปได้อีก พฤติกรรมที่ปรากฏ ได้แก่ สับสน วิตกกังวล นอนไม่หลับ หว้นไหวง่าย ต่ำหนืดเตียนและโทษผู้อื่น ก้าวร้าว และมีภาวะหมดแรงทั้งกายและใจ (burnout)

ระดับที่ 6 (Panic) คือภาวะที่บุคคลมีความเครียดสูงสุด สภาพทุกอย่างในร่างกายเสียระบบโดยสิ้นเชิง ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมที่ปรากฏคือ อาการต่างๆ ของโรคจิต หรือการหยุดเต้นของหัวใจ

ความเครียดระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 3 เป็นความเครียดที่บุคคลสามารถปรับและช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนความเครียดตั้งแต่ระดับที่ 4 ขึ้นไป บุคคลต้องใช้พลังงานทุกส่วนที่มีอย่างเต็มที่ ความเครียดระดับที่ 6-7 เป็นความเครียดที่รุนแรงจากบุคคลไม่อาจช่วยเหลือตนเองได้ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น

จากที่กล่าวมาแล้ว อาจสรุปได้ว่า ความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตและการมีสุขภาพที่ดี ความเครียดมีผลต่อร่างกาย และจิตใจของบุคคล เมื่อเกิดความเครียดขึ้นบุคคลย่อมมีการประเมินความเครียดนั้นว่ามากน้อยเพียงใด ซึ่งส่งผลทำให้บุคคลมีการปรับตัวหรือนำไปสู่การเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นในลำดับต่อไป

การเผชิญความเครียด (coping)

เมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้น บุคคลก็จะมี การเผชิญความเครียด (coping) โดยใช้วิธีการต่างๆ เพื่อลดหรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียดลง มีผู้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดดังนี้

โคดอฟและคณะ (Chodoff et al อ้างใน สุวินัย เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2527: 99) ได้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่าเป็นพฤติกรรมของจิตใจในกระบวนการปรับสมดุลทางอารมณ์หรือกลวิธีทางด้านจิตใจ เพื่อแก้ไขสภาวะที่คุกคามต่อเสถียรภาพทางด้านจิตใจ เพื่อลดความกดดันทางจิตใจและอารมณ์

รอย ให้ความหมายการปรับตัวว่าเป็นสภาพความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก ตัวการตอบสนองนั้นอาจเป็นชนิดปรับตัวได้

(adaptive คือไม่มีโรคภัยเบียดเบียน หรือเป็นชนิดปรับตัวผิด (maladaptive) คือเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ตามมา (Roy, อ้างในอุบล นิวัตชัย, 2527: 103)

เจนเซนและโบแบค (Jensen & Boback, 1981 อ้างใน ซอลดา พันธุเสนา, 2536: 29) ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่บุคคลหรือครอบครัวใช้เมื่อเผชิญต่อสิ่งคุกคามต่อความมีสุขภาพดี กลไกการปรับตัวนี้จะเกิดร่วมกับการสนองตอบเพื่อป้องกันตนเองที่เกิดขึ้นภายในบุคคล โดยพัฒนาการมาจากการทดลองติดและรวมกันเป็นนิสัยของบุคคล

สวานีย์ เกอริงแกว (2527: 99) ได้ให้ความหมายการปรับตัวว่าเป็นกลวิธีด้านจิตใจที่บุคคลใช้ เพื่อแก้ไขสภาวะที่ถูกคุกคามต่อเสถียรภาพด้านจิตใจ ซึ่งบุคคลจะตอบสนองต่อความเครียดได้ มีลักษณะดังนี้

1. การหนีและเลี่ยง (Flight) เป็นกลไกทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในคนส่วนใหญ่ บางคนหนีและเลี่ยงต่อภาวะเครียดโดยการปฏิเสธ บางคนหนีและเลี่ยงโดยการใช้เหล้า ยาเสพติด บางคนอาจเลี่ยงโดยการนอนหลับเพื่อจะได้ไม่ต้องรับรู้เหตุการณ์ใดๆ หรือเลี่ยงด้วยการแยกตนเอง ผันกลางวัน เป็นต้น

2. ยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญกับความเครียด (Fight) เพื่อจะหาหนทางแก้ไขสภาวะการณที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อลดภาวะเครียด จึงมีอยู่ 2 ลักษณะคือ แก้ไขภายนอกตัวเราที่สร้างความเครียด หรือแก้ไขที่ตัวเองโดยการสร้างตัวเองให้มีความเข้มแข็ง และแข็งแกร่ง เพื่อจะได้รับการกับภาวะเครียดได้มากขึ้น

กาแลนด์ และบุช (Garland & Bush, 1986 กล่าวว่า การเผชิญความเครียด หรือสิ่งที่มาคุกคามที่อาจจะประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผย หรือไม่เปิดเผยก็ได้

ยาเกอร์ (Yager, 1989: 53) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่าเป็นการใช้ความพยายามด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินไปแห่งประโยชน์ธรรมชาติของบุคคล ซึ่งในการเผชิญความเครียดบุคคลต้องมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ วางแผนที่จะมีการกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินในสิ่งที่ทำไป การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้ บุคคลต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนก วางแผนตัดสินใจได้

โมนาและลาซารัส (Monat & Lazarus 1977: 360) ได้อธิบายว่า การเผชิญความเครียดเป็นกลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลทางจิต รวมทั้งมีการใช้กระบวนการทางจิตใจในการลดความตึงเครียดนั้น ลาซารัสยังได้กล่าวอีกว่า ภาวะที่บุคคลต้องพบกับปัญหาที่ท้าทาย เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสีย การถูกคุกคาม สิ่งเหล่านี้ถือเป็นภาวะเครียดซึ่งทำให้บุคคลต้องมีการ

ได้ตอบ โดยการหาวิธีต่างๆ เพื่อขจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียดนั้นไว้ ซึ่งก็คือพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยนำมาใช้นั่นเอง (Lazarus 1976: 74)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดพอจะสรุปได้ว่า การเผชิญความเครียดหมายถึง กระบวนการซึ่งแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมต่างๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำของบุคคลโดยการหาวิธีการต่างๆ รวมทั้งมีการใช้กระบวนการทางจิตใจ ในการพยายามที่จะกำจัด ควบคุม หรือบรรเทาเหตุการณ์ที่ตึงเครียด เพื่อลดความกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ ลดความต้องการหรือความขัดแย้งภายในและภายนอก ทำให้จิตใจกลับสู่ภาวะสมดุลตามปกติ

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัส

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) กล่าวถึงกระบวนการการเผชิญความเครียดของบุคคลว่าเป็นความพยายามในการจัดการ รวมไปถึงทุกๆ อย่างที่บุคคลคิดหรือทำโดยไม่คำนึงถึงผลดีหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการปรับตัว โดยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องระหว่างความพยายามทางความคิด และ พฤติกรรม เพื่อจัดการกับความต้องการและความขัดแย้งที่เฉพาะเจาะจง ทั้งภายในและ/หรือภายนอก ซึ่งได้รับการประเมินว่าทำให้เกิดการเคลื่อนย้าย (taxing and exceeding) ทรัพยากรของบุคคล ซึ่งความคิดและพฤติกรรมในการปรับตัวนี้ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการตัดสินใจเหตุการณ์ต่างๆ ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของคนอย่างไร ซึ่งจะเกิดขึ้นตลอดเวลา การประเมินการตัดสินใจมี 3 ขั้นตอนคือ

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินใจต่อความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งความสำคัญของเหตุการณ์แบ่งดังนี้ ไม่มีความสำคัญกับตนเอง หรือมีผลในทางที่ดีกับตนเองและเป็นความเครียด ซึ่งบุคคลจะประเมินความเครียดได้ 3 ลักษณะคือ เป็นอันตราย หรือสูญเสีย คุณค่า และทำทาส

2. การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ เป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงขนาดไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยเฉพาะหน้า เช่น ความรุนแรงของเหตุการณ์ และปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ข้อผูกพัน ความเชื่อ และสติปัญญาของบุคคล

3. การประเมินตัดสินใจใหม่ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ เป็นการประเมินผลการเผชิญความเครียดที่ได้ใช้ไปแล้ว

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 150-152) ได้แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การเผชิญความเครียดที่มุ่งปัญหา (problem-focused coping) คือ การจัดการหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด คล้ายกับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาโดยมุ่งนิยามปัญหา หาทางเลือก พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทาง และการแสดงออก ลงมือแก้ปัญหาที่มีเป้าหมายยังสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ลดแรงคุกคามความรุนแรงลง ประเมินสิ่งกีดขวาง ประเมินทรัพยากร ประเมินวิธีดำเนินการ และมีเป้าหมายในการช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา เช่น การแสวงหาข้อมูลเพิ่มการพัฒนาพฤติกรรมใหม่ การเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ ภายใต้สิ่งกีดขวางและทรัพยากรของสถานการณ์และบุคคล
2. การเผชิญความเครียดที่มุ่งอารมณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทุกซ์ทรมาน (emotion-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดในขณะมีความเครียด เพื่อให้มีความรู้สึกในทางบวกเพิ่มมากขึ้น โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด อาจกระทำได้โดยการให้ความหมายกับสถานการณ์นั้นใหม่ในทางที่ไม่ทำให้เกิดความเครียด มองในด้านบวกของสถานการณ์ การหนีจากสถานการณ์ชั่วคราว หรือการใช้กลไกทางจิต (defensive reappraisal) เช่น การปฏิเสธความจริง การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น เลือกให้ความสนใจ การหลีกเลี่ยงไม่คิดถึง กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่น การออกกำลัง ภาย การสะกดจิต การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์โกรธ การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีผู้ได้ศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดโดยมุ่งปรับอารมณ์ที่เป็นทุกซ์ 2 รูปแบบ ดังนี้คือ มุ่งปรับอารมณ์ ในทางสร้างสรรค์ ได้แก่ การใช้กลไกทางจิตในทางสร้างสรรค์ (Healthy Defense mechanism) ได้แก่ การพยายามลืม (Suppression), การชดเชย (Sublimation) (ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร, 2534: 195) นอกจากนี้ แบร์รี่ (Patricia D. Barry, 1998: 167) ได้กล่าวถึง กลไกทางจิตที่แสดงถึงการมีวุฒิภาวะ (Mature Defense mechanism) (altruism), การมีส่วนร่วม (anticipation), อารมณ์ขัน (humor), การชดเชย (sublimation) และการพยายามลืม (suppression) มุ่งปรับอารมณ์ในทางไม่สร้างสรรค์ ได้แก่ การปฏิเสธความจริง (Denial), การโทษผู้อื่น (projection), การโทษตัวเอง (Introjection), การถดถอย (regression) (ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร, 2534: 195) นอกจากนี้แบร์รี่ (patricia D. Barry, 1998: 159-160) ได้กล่าวถึง กลไกทางจิตที่ทำให้เกิดการปรับตัวไม่ดี ได้แก่ การปฏิเสธความจริง (Denial), การบิดเบือนความจริง (Distortion), การโทษผู้อื่น โดยไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (Delusional projection), การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การโทษผู้อื่น (Projection) และการถดถอย (Regression) ในการจัดการกับความเครียดนั้นบุคคลจะใช้ทั้งการมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งที่อารมณ์ แต่ในสถานการณ์ความเครียดที่รุนแรงบุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยมุ่งที่ปัญหา ในทางตรงกันข้ามหากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านการประเมินด้วยกระบวนการคิด (Cognitive Appraisal) ว่ามีความรุนแรง

น้อย บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหา มากกว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการตอบสนองทางอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984: 81-94)

การเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์มีอิทธิพลต่อกัน โดยอาจจะช่วยส่งเสริมหรือขัดขวางซึ่งกันและกัน (Lazarus & Folkman, 1984: 153-154) จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าในสถานการณ์หนึ่งๆบุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดทั้งในลักษณะมุ่งแก้ปัญหาและจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไป (ยูพาฟิน สิริโพธิ์งาม และคนอื่นๆ, 2540: 5-21; ไสว นรสาร, 2540: 66; Lazarus & Folkman, 1984: 150-170) การที่บุคคลจะใช้วิธีการใดในการเผชิญความเครียดขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Coping resources) (Lazarus & Folkman, 1984: 157-170) ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล (Health and energy) จะช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ การมีสุขภาพดี มีผลกำลังจะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น

2. ความเชื่อในทางที่ดี (Positive beliefs) ได้แก่ ความเชื่อทั่วไปและความเชื่อเฉพาะ เช่น ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง เชื่อว่าตนสามารถจะควบคุมผลที่ตามมาได้ ความเชื่อว่าบุคลากรหรือขั้นตอนการรักษามีประสิทธิภาพ ความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น ความเชื่อในทางที่ดีจะเป็นพื้นฐานของความหวังและความพยายามในการเผชิญความเครียดในเงื่อนไขต่างๆ

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) เริ่มตั้งแต่ ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนิยามปัญหาและหาทางเลือกในการแก้ปัญหา เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกและดำเนินการตามวิธีที่เหมาะสม ทักษะในการแก้ปัญหาเป็นนามธรรมเกิดจากการสะสมความรู้และประสบการณ์ ความสามารถทางความคิดและสติปัญญาในการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่มาใช้ ตลอดจนความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเผชิญความเครียด

4. ทักษะทางสังคม (Social skills) ได้แก่ ความสามารถในการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งความสามารถในการขอความร่วมมือหรือการสนับสนุน ซึ่งจะช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

5. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองในด้านต่างๆ จากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมทั้งบุคคลในครอบครัว เชฟเฟอร์ และคนอื่นๆ (Schaefer, et al., 1982 cited by Lazarus & Folkman, 1984: 250) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

5.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การให้ความผูกพัน การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกเชื่อถือหรือไว้วางใจในตัวบุคคล ซึ่งจะช่วยให้คุณรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลใกล้ชิด

5.2 การสนับสนุนในเรื่องวัตถุและการบริการ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินหรือสิ่งของหรือการให้บริการ เช่น การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การทำงานอื่นแทนให้ ซึ่งจะส่งผลในด้านอารมณ์ร่วมด้วย โดยผู้รับจะรู้สึกว่ามีส่วนเอาใจใส่และเห็นคุณค่า

5.3 การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ การให้ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับจากการกระทำของบุคคล

6. แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ (Material resources) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับระดับเศรษฐกิจ ได้แก่ เงิน สิ่งของหรือบริการที่เงินสามารถหาซื้อได้ เช่น บริการทางการแพทย์หรือบริการทางวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด บุคคลจะนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญความเครียด แต่ในความเป็นจริงบ่อยครั้งที่บุคคลมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอ แต่ไม่สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัด (Constraints) ของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ได้แก่

1. ข้อจำกัดด้านบุคคล (Personal constraints) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพัฒนาการ ประสบการณ์ ความเชื่อและเจตคติของบุคคล เช่น ในสังคมไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อถือและไว้วางใจต่อบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจกระบวนการของโรคและการรักษาโรคจะเป็นฝ่ายรับฟัง โดยไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรือสอบถามข้อมูลใดๆ (ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร, 2539: 130-131)

2. ข้อจำกัดทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental constraints) เกิดจากแหล่งประโยชน์ที่มีจำกัดและต้องแข่งขันกัน

3. ระดับการคุกคาม (Level of threat) ถ้าความรู้สึกคุกคามต่อเหตุการณ์มีระดับสูงจะขัดขวางความสามารถในการรับรู้ข้อมูลและกระบวนการทางความคิด ทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง

ลาซารัสและโฟคแมนไม่ได้แยกความแตกต่างระหว่างคุณค่าของการเผชิญความเครียดว่าแบบใดดีกว่ากันขึ้นอยู่กับทางเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่านพบว่า การเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งต้องใช้ความรู้และสติปัญญาในการประเมินสถานการณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียดโดยตรง จะมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Lazarus &

Launier, 1978: 287-327; Billing & Moss, 1981: 139-157) การตัดสินใจการเผชิญความเครียดที่ใช้ว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation outcome) ซึ่งแสดงออกใน 3 ด้าน (Lazarus & Folkman, 1984: 181-206) คือ

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social function) โดยบุคคลสามารถดำรงบทบาทต่างๆ ซึ่งเป็นที่คาดหวังของสังคมและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี

2. ขวัญและกำลังใจ (Morale) จะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลพึงพอใจในการกระทำของตนเองและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนผลที่แสดงให้เห็นในระยะสั้นคือ สภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ

3. ภาวะสุขภาพ (Somatic health) การเผชิญความเครียดจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ถ้าหากวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ไม่เหมาะสม ความเครียดก็จะยังคงอยู่และอาจเพิ่มสูงขึ้นจนถึงระดับที่ร่างกายเป็นปฏิกิริยาตอบสนองโดยเกิดกลุ่มอาการไม่เฉพาะ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ความเครียดที่มีอยู่จะลดลง ส่งผลให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพอยู่ได้ (Selye, 1976 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 96-98)

นอกจากนี้ สมจิต หนูเจริญกุล ได้นำลักษณะการปรับตัวของลาซารัส ทั้ง 2 ลักษณะ ซึ่งเป็นการเผชิญกับความเครียด นำมาจัดเป็นวิธีการเผชิญกับความเครียด (coping mode) มี 5 วิธี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 109) คือ

1. การแสวงหาข้อมูล (information seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข

2. การกระทำโดยตรง (direct action) เป็นการกระทำ ไม่ใช่ความนึกคิด เพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

3. การหยุดยั้งการกระทำ (inhibition of action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรง คือ ไม่ทำอะไรเลย หยุดกระทำในกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย

4. การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง

5. การใช้กลไกทางจิต (intrapsychic) เป็นกระบวนการความนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น ซึ่งรวมถึงการประเมินเหตุการณ์เสียใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งการใช้กลไกป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธ หรือเก็บกด

ส่วนพ่อ่งพักตร์ พิทยพันธุ์ (2512: 19) ได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. การเผชิญความเครียดด้านการมองโลกในแง่ดี หมายถึง พฤติกรรมทางความคิดที่บุคคลใช้ เพื่อควบคุมความรู้สึกต่างๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น การเปรียบเทียบที่ให้ผลทางบวกหรือค้นหาคุณค่าในทางบวกจากสถานการณ์ หรือการปฏิเสธความจริง

2. การเผชิญความเครียดด้านการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การแสวงหาความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง เช่น การระบายความรู้สึก การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาความช่วยเหลือด้านทรัพย์สินเงินทอง และการแสวงหาการช่วยแบ่งเบาภาระงานและความรับผิดชอบ

3. การเผชิญความเครียดด้านการใช้จิตวิญญาณของตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับความคิดและการกระทำ เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ เช่น การค้นหาความหมายและเป้าหมายให้กับชีวิต การมีความศรัทธาในศาสนาหรือมีที่พึ่งทางใจ การเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพลังลึกลับ การมีความหวังและปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

4. การเผชิญความเครียดด้านการควบคุมสถานการณ์ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับความคิดและการกระทำ เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมสุขภาพตนเองได้ เช่น การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษามากขึ้น การกระตือรือร้นและให้ความร่วมมือในการรักษา และการเผชิญหน้ากับปัญหา

5. การเผชิญความเครียดด้านการยอมจำนนต่อสถานการณ์ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับความคิดและการกระทำที่ยอมรับว่า สถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น คิดว่าเป็นกรรมเก่า คิดว่าเป็นโชคชะตาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความรู้สึกไม่ยอมรับรู้ต่อสถานการณ์ และมีความรู้สึกไม่อยากต่อสู้ต่อสถานการณ์

เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้นและนำวิธีการเผชิญความเครียดเหล่านี้ไปใช้ในการปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลอีกด้วย

ผลการปรับตัว (adaptation)

ลาซารัสและฟอล์คแมน พิจารณาผลของการประเมิน (appraisal) และการเผชิญกับความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health) (Lazarus & Folkman, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 112) ในด้านการทำหน้าที่ทางด้านสังคม หมายถึง การดำรงบทบาทต่างๆ ของบุคคล ความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประสิทธิภาพของการประเมิน ตัดสินและการเผชิญกับความเครียดจะเป็นตัวกำหนดการรักษาไว้ ซึ่งบทบาทในหน้าที่ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ทั้งในระยะสั้นและ

ระยะยาว ด้านขวัญและกำลังใจ (morale) เป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ซึ่งผลในระยะสั้นคือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ และอารมณ์จะเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุการณ์ ส่วนขวัญและกำลังใจคือ ความพึงพอใจในการกระทำของตนเองและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ด้านภาวะสุขภาพ การประเมินการตัดสินใจและการเผชิญกับความเครียดจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเซลเย่ (Selye, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 112) ได้ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่างๆ ในภาวะเครียด ซึ่งมีโอกาสทำให้บุคคลเกิดเจ็บป่วยได้

ผลลัพธ์ในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมองความสัมพันธ์ทั้ง 3 ด้าน คนที่ปรับตัวได้ดี จะต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง คือ มีความสอดคล้องระหว่างความต้องการ (demand) กับแหล่งประโยชน์ (resources) รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญความเครียด ทั้งมุ่งแก้ปัญหา และจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งรู้จักจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีกับตนเอง และจะต้องทราบว่า เมื่อใดควรหยุดใช้ความพยายามเพื่อบรรลุเป้าหมายที่อาจเป็นไปได้ (Lazarus & Folkman, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 112)

● ความเครียดเกิดขึ้นได้ในหลายๆ สถานการณ์ ซึ่งการเจ็บป่วยของสมาชิกภายในครอบครัวก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดความเครียดภายในครอบครัวขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยในระยะเวลายาวนาน

3. ผู้ดูแล ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ครอบครัวจะต้องจัดระบบในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้การดูแลแก่บุคคลดังกล่าว ดังนั้นผู้ดูแลหมายถึงผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพาโดยการให้การดูแลบุคคลนั้นเป็นการที่บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่มีส่วนในการช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem 1991: อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 22-23) ผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพและผู้ที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวในการดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวก็ได้ สำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว “โอเร็ม” มองว่าครอบครัวจะทำหน้าที่ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและสร้างระบบการดูแล เพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (Taylor, 1989: 76 อ้างใน นงลักษณ์ พันชมพู่, 2540: 25) ดังนั้นเมื่อสมาชิกเกิดการเจ็บป่วยครอบครัวจะจัดการให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือหลายคนเป็นผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อทดแทนส่วนที่สมาชิกไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ช่วยให้สมาชิกได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของคำว่า “ผู้ดูแลที่บ้าน” หรือ “Family Caregiver” หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ “Informal caregivers” โดยผู้ดูแลเหล่านี้เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร

รวมถึงบุคคลสำคัญคนอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการดูแล โดยการช่วยเหลือที่ให้นั้น จะไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน (Barer & Johnson 1990 Cited in David, LL 1992: 2 อ้างในนงลักษณ์ พันชมพู่, 2539: 28)

ในทำนองเดียวกัน ยูพาฟิน คีร์โพริงาม (2539: 86) ได้ให้ความหมายของคำว่าผู้ดูแลที่บ้านไว้ว่าเป็นญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต ทำให้การดูแลผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

นอกจากนี้ ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้านยังจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล (Selected Committee on Aging, 1988 อ้างใน ยูพาฟิน คีร์โพริงาม, 2539: 26) กล่าวคือ Primary caregiver หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ในขณะที่ Secondary caregiver จะเป็นบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน Primary caregiver เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของ Primary caregiver ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

การที่สมาชิกในครอบครัวจะถูกกำหนดให้รับบทบาทของผู้ดูแล อาจมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดในครอบครัวหนึ่งจะเหมาะสม หรืออยู่ในข่ายที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัจจัยสำคัญเบื้องต้นที่เป็นปัจจัยภายในแต่ละบุคคลนี้คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำ หรืออาชีพที่ทำอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อความพร้อมความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแลมากขึ้นเพียงใด

จากรายงานการวิจัยในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน สถานภาพสมรส โสด หรือแต่งงานมีบุตร เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดในครอบครัวหนึ่ง จะเหมาะสมหรืออยู่ในข่ายที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัจจัยสำคัญเบื้องต้นที่เป็นปัจจัยภายในแต่ละบุคคลก็คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และงานประจำหรืออาชีพที่ทำอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกใน

การให้การดูแลมากนักน้อยเพียงใด ซึ่งต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ด้วย ซึ่งได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ และภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากการะในการดูแลที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 86-87) นอกจากนี้ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช (2537: 33) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นคู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลนั้นแตกต่างจากลักษณะสัมพันธ์ภาพตามปกติ ในครอบครัวหรือในสังคม เพราะการดูแลนั้นเกิดจากความต้องการของผู้เจ็บป่วยหรือผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นผู้ดูแลคือ ผู้ที่ช่วยเหลือดูแลบุคคลที่มีความพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจ รวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพ และผู้ที่ถูกฝึกมาเพื่อประกอบอาชีพหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวนั่นเอง

ผู้ดูแลเป็นบทบาทหนึ่งซึ่งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการทุเลา และต้องกลับมารักษาตัวที่บ้าน เนื่องจากลักษณะทางสังคม และค่านิยม รวมทั้งคำสอนในศาสนาที่ได้กล่าวถึงการกระทำความดีและการเลี้ยงดูบุพการี และญาติในยามเจ็บป่วย หรือแก่ชรา เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของการดูแลตนเองได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดจากสุขภาพ ผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้รับทำหน้าที่แทน ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยก็คือ ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ซึ่งความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Caregiving demands) มีผลมาจากสาเหตุ 3 ประการคือ (Haley, et al., 1987; Sir Pongam, 1994; Davis, 1992; Wallhagen, 1992 ชนิดา มณีวรรณ และคณะ 2535; วิภาวรรณ ชุ่ม, 2536; กิตติกรนิลมานิต, 2538; สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536 อ้างใน ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 87)

1. ข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or Functional impairment) ซึ่งเกิดจาก โรคความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วยอันมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activities of daily living) หรือ กิจกรรมขั้นสูง (Instrumental activities of daily living) ก็ตาม
2. ปัญหาความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น
3. การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จากปัญหาความต้องการดูแลของผู้ป่วย ดังกล่าวข้างต้น มีผลนำไปสู่กิจกรรมหรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านต้องกระทำให้กับผู้ป่วย (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม,

1996: 87-88) ได้แก่

1. การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ
3. ทำหน้าที่เป็นบุคลากรกลางในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคลากร หรือองค์การทางสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาล

4. ให้ความช่วยเหลือในเรื่องการเงิน

นอกจากนี้ โอเบิร์ต (Oberst, 1990 อ้างถึงใน จริธา วิทยะสุกร, 2539: 28) ได้อธิบายถึงกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นผู้ใหญ่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วย

1. การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct Care) ได้แก่ การบำบัดรักษา การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือผู้ป่วยในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

2. การดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal Care) ได้แก่ เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้กับผู้ป่วย การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ การจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย และการติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ

3. การกระทำกิจกรรมทั่วไป (Instrument Care) ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จัดการเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่าย งานบ้านที่เพิ่มมากขึ้น การเดินทางไปสถานที่ต่างๆ การวางแผนเพื่อกระทำกิจกรรมต่างๆ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเป็นภาระงานที่หนัก และต้องทำในระยะเวลาชยาวนาน ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ เวลา และสุขภาพเป็นอย่างมาก อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดนั่นเอง

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล การเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนต้องแบกรับปัญหาอย่างมากมาก่อนให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลซึ่งมาจากหลายแหล่ง ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกเศร้าต่อภาระการดูแล Mischel (1988 a, 1990 อ้างใน Lubkin, 1995: 265) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความไม่แน่นอน ซึ่งไม่สามารถตัดสินใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ หรือคาดเดา ผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นๆ ความเครียดของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นผลมาจากการดูแลความต้องการทางร่างกายอยู่ตลอดเวลาอย่างไม่แน่นอน (White, et al., 1992; Greater New York Hospital Foundation, 1988 อ้างใน Lubkin, 1995: 265) รวมทั้งความเครียดต่ออาการของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลเฝ้าติดตามจนมีความรู้สึกว่าเป็นตัวของตัวเอง (Thorne, 1993 อ้างใน Lubkin, 1995: 265) และความเครียดที่มาจากร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงจากความไม่แน่นอนของโรค และสูญเสียเงินทอง ตลอดจนอารมณ์ที่แข็งแแกร่ง ถ้าไม่สามารถจัดการกับความยากลำบากหรือมีผู้ช่วยเหลือแบ่งเบา

ความรับผิดชอบไปด้วย จากรายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่สัมพันธ์กับการให้การดูแล ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงในโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ซึ่งมักพบในผู้ดูแลที่เป็นหญิง (Gaynor, 1989; Gaynor, 1990; Sexton & Munro, 1985 อ้างใน Lubkin, 1995: 261) อาการนอนไม่หลับ ความเหนื่อยเรื้อรัง ความเศร้าที่อาจพบได้บ่อย จากการดูแลนี้อาจนำไปสู่ความวิตกกังวลต่อสุขภาพของผู้ป่วยในอนาคตจนกระทั่งตาย หรือเกี่ยวกับความรู้สึกที่อ่อนแอขาดการควบคุม และผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งด้านการเงิน ความรู้สึกผิดซึ่งมาจากความโกรธและความคับข้องใจในสถานการณ์ในการดูแลซึ่งผู้ดูแลมักโกรธ เมื่อผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายได้ ไม่รวมมือ คุกคาม ทำร้ายร่างกาย หวาดระแวง และพฤติกรรมที่เดินเร่ร่อน ซึ่งผู้ดูแลจะพยายามจูงใจโดยการช่วยเหลือผู้ป่วย จึงกลายเป็นภาวะวิกฤติสูงของผู้ดูแล และเมื่อทำไม่สำเร็จผู้ดูแลก็จะปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป (Thompson, Bundex & Sobolew-Shu bin, 1990 อ้างใน Lubkin, 1995: 267) ซึ่งดูเหมือนจะเป็นวงจรซ้ำร้าย และเมื่อพฤติกรรมนี้เปลี่ยนแปลงไป ก็ยังทำความยากลำบากให้กับผู้ดูแล (Vitaliano, et al., 1993 อ้างใน Lubkin, 1995: 267)

ความเครียดจากภาระการดูแลคือความรู้สึกไม่สบายของผู้ดูแล ซึ่งวัดได้จากความรู้สึกไม่สบายในด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความผาสุกทางอารมณ์ ภาวะเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในสังคม และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล (Zaint Reeve, Bach - Peterson, 1980 อ้างใน จริยา วิทยะสูตร, 2539: 29) หรือ ภาระการดูแลหมายถึง ปริมาณความต้องการดูแลและความยากลำบากในการดูแล (Sheehan & Nut tall, 1988, Oberst, 1990; Oberst, et al., 1991; Wallhagen, 1992; Bull 1990 อ้างใน จริยา วิทยะสูตร, 2539: 31) ซึ่งปริมาณความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเป็นภาระที่สังเกตได้ จึงเรียกว่า ภาระเชิงวัตถุวิสัย ส่วนความยากลำบากในการดูแลเป็นภาระที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ จึงเรียกว่าภาระเชิงจิตวิสัย ซึ่งความยากลำบากในการดูแลนี้ผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบได้แก่ 1) กิจกรรมประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น 2) กิจกรรมโดยทั่วไปที่ทำเป็นประจำ เช่น การบำบัดรักษา งานบ้าน และธุระนอกบ้านที่เพิ่มขึ้น 3) กิจกรรมระหว่างบุคคลหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น การเฝ้าระวังอันตราย การแก้ไขพฤติกรรมของผู้ได้รับการดูแล เป็นต้น ส่วน ทิปตัน และสโลน (Tipton and Sloan, 1994: 310 อ้างใน Hamdy, et al., 1994) ได้กล่าวถึงภาระผู้ดูแล คือ ปัญหาความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งทำให้เกิดความเครียดต่อการดูแลหลายด้าน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคได้ ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ, สุขภาพจิตของความเป็นอยู่ดี, ปัญหาด้านการเงิน ผลกระทบต่อชีวิตในสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งทางด้านสุขภาพกายและใจที่ได้รับการดูแลถึงเครียดต่อการดูแลทำให้การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การนอนหลับไม่เพียงพอ ต้องเผชิญ

กับพฤติกรรมต่างๆ นานา ของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยคือ ด้านการเงิน ขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ต้องเครียดตลอดเวลา เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมง ทำให้ภาระของผู้ดูแลอาจเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจากปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสภาพร่างกายที่สูงอายุขึ้น ความต้องการต่างๆ ก็มีมากขึ้น จากความก้าวหน้าของโรคซึ่งเป็นแหล่งทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของครอบครัวผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าภาระการดูแลนี้มีผลกระทบต่อชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้ดูแลได้อย่างมากมายนั่นเอง เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่าง ในขณะที่เดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลายๆ คน ทำให้ผู้ดูแลสับสน ไม่ทราบว่าควรทำอะไรดี เนื่องจากไม่สามารถกระทำการต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจมีความเครียดที่เกิดจากความคลุมเครือในบทบาท เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลหรือการแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคาม อาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี เกิดอารมณ์เบื่อบ่น ท้อแท้ ไม่พึงพอใจ ซึ่งการปรับตัวเป็นไปแบบนี้ ย่อมไม่เกิดผลดีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ (วิลลาร์ดน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537: 34) จากที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว และยังคงทำกิจกรรมต่างๆ ภายในครอบครัวและงานส่วนตัวซึ่งเป็นภาระที่หนักโดยไม่สามารถละทิ้งไปได้ ซึ่งต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแล การอยู่ร่วมและการที่ต้องแบกรับภาระมากมายในระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด และจากการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคม ความเครียดและระดับการเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่เป็นมิตร และมีความเครียดจากการทำงาน มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (Hughes & Caliendo, 1996: 347-58) จากการศึกษาการให้การดูแลโดยครอบครัวในเด็กที่เปลี่ยนไต พบว่า ผู้ดูแลประสบกับการทำงานบ้านเพิ่มขึ้น การเดินทาง การได้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ความต้องการการดูแลและความยุ่งยากในการดูแลเพิ่มมากขึ้น เมื่อเด็กมีอายุเข้าสู่วัยรุ่น มีเรื่องราวอื่นที่ต้องให้การดูแลและเมื่อผู้ดูแลต้องทำงานด้วย (Fedewa & Oberst, 1996: 402-7, 417) ดังนั้นความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเกิดขึ้น ความต้องการด้านเวลาและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็น หากสิ่งเหล่านี้ไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าภาระที่กำลังเผชิญอยู่มากเกินความสามารถที่ผู้ดูแลจะทำได้ และจากการศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อคู่สมรส โคลน์และคณะ (Klien, et al., 1967) สัมภาษณ์คู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 73 ราย โดยใช้

แบบวัดความรู้สึกเป็นทุกข์และแบบวัดความตึงเครียดในบทบาท พบว่า คู่สมรสส่วนใหญ่หรือร้อยละ 67 มีความคับข้องใจและตึงเครียดจากความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับบทบาทผู้ดูแล นอกจากนี้จะเป็นความขัดแย้งระหว่างบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับครอบครัว อาชีพ และสังคม ในทำนองที่คล้ายคลึงกัน โกลด์สไตน์และคณะ (Goldstein, et al., 1981) ทำการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกี่ยวกับความเครียดในระหว่างดูแล จำนวน 25 ราย การวิจัยนี้พบว่า เวลา และแรงงานที่ต้องการในการ ดูแล และบทบาทอื่นๆ ไม่สามารถผสมผสานกลมกลืนกันได้ เช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเป็นทั้งภรรยา แม่บ้าน ทำงานกินเวลา และดูแลสามีได้ให้ข้อมูลว่าไม่สามารถกระทำบทบาทต่างๆ ที่มีอยู่ได้อย่างสมบูรณ์ จึงตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อทำหน้าที่แม่บ้านและผู้ดูแลเท่านั้น นอกจากนี้จากการศึกษาถึงแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง ในฐานะผู้ดูแลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลสามี ซึ่งแสดงถึงการมีความเครียดชัดเจน ได้แก่ รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ใจสั้น ตกใจง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และปวดศีรษะ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536: 96) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความเหนื่อยหน่าย ด้านความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับสูง และผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่าย โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการบรรเทาภาวะเครียดของบุคคลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536: ก-ข) หรือการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิต ในคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า อายุ รายได้ ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532: ข)

จะเห็นได้ว่า การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดความเครียดได้ ไม่ว่าจะเป็นความเครียดอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย ภาวะเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หรือความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะต้องมีการปรับตัวที่ดี จึงจะสามารถแก้ไขปัญหภายในครอบครัวได้ และในการเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รุนแรง ครอบครัวที่สามารถสร้างความสามัคคีและมีการปรับตัวที่สมดุล จะเกิดผลลัพธ์ทางบวกต่อสุขภาพมากกว่า และครอบครัวต้องมีแหล่งเอื้อประโยชน์ในการต่อต้านภาวะวิกฤต (family resistanoes resource capabilities and syrengths) ที่สามารถช้บอ กจัดการกับความเครียด และความต้องการที่เกิดจากความเครียด โดยการป้องกันมิให้สถานการณ์เข้าสู่ภาวะวิกฤต หรือรบกวนการสร้างรูปแบบการทำงานของครอบครัว แหล่งเอื้อ

ประโยชน์เสมือนเป็นความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถของครอบครัว ในการต่อต้านภาวะวิกฤตและส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัวด้วย ซึ่งความสามารถของครอบครัวหมายถึงศักยภาพของครอบครัว ซึ่งมีอยู่สำหรับเผชิญกับความต้องการต่างๆ ประกอบด้วย 1. แหล่งเอื้อประโยชน์และความเข้มแข็งที่ครอบครัวมี 2. พฤติกรรมและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่ครอบครัวกระทำในฐานะสมาชิกและในฐานะหน่วยของครอบครัว ทั้งนี้แหล่งเอื้อประโยชน์ที่สำคัญของครอบครัวแบ่งเป็น แหล่งเอื้อประโยชน์ด้านบุคคล นอกจากความสามารถทางสติปัญญาของสมาชิก ความรู้และทักษะที่เกิดจากการศึกษา การฝึกหัดและประสบการณ์ ที่ทำให้สมาชิกและครอบครัวสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและง่ายดาย ลักษณะบุคลิกภาพ เช่น อารมณ์ขัน ภาวะสุขภาพทั้งสรีระและอารมณ์ ความรู้สึกควบคุมได้ ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคล ในการควบคุมสถานการณ์ของชีวิตได้ และความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น ส่วนแหล่งเอื้อประโยชน์ในระบบครอบครัว ได้แก่ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความแน่นแฟ้น (Cohesiveness) ความยืดหยุ่น ความอดทน การมีส่วนร่วมกันเกี่ยวกับความเชื่อทางจิตวิญญาณ การสื่อสารอย่างเปิดเผย มีประเพณีปฏิบัติร่วมกัน มีการฉลองหรือพักผ่อนร่วมกัน มีงานประจำหรือมีระเบียบแบบแผนที่ใช้ประจำ เป็นระบบ (organize) แหล่งประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคม จะรวมถึงบุคคลทุกคนและสถาบันที่ครอบครัวอาจใช้เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด รวมถึงเพื่อนและบริการต่างๆ เช่น บริการทางการแพทย์หรือชุมชน โรงเรียน โบสถ์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการที่ครอบครัวประเมินเหตุความเครียด (family appraisal of the stressor) ซึ่งเป็นการที่ครอบครัวให้ความหมายแก่ความรุนแรงของสาเหตุความเครียดและผลกระทบ อาจเป็นสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้และนำไปสู่ความไม่บูรณาการของครอบครัว หรือทำลายและนำไปสู่การเจริญเติบโต

ภาวะความตึงเครียดในครอบครัว (family response-stress and distress) จากสาเหตุความเครียด และเมื่อการปรับตัวความไม่สมดุล หรือรับรู้ที่เกิดความไม่สมดุลขึ้นระหว่างความต้องการของครอบครัวและแหล่งประโยชน์ของครอบครัวในการต่อต้าน ความสามารถของครอบครัว หรือความผาสุกทางจิตใจและร่างกายของสมาชิกครอบครัวด้วย ครอบครัวจะจัดการกับความเจ็บป่วยของครอบครัว ในการวิเคราะห์และจัดระบบสาเหตุความเครียดออกเป็นองค์ประกอบที่สามารถจัดการได้ สามารถระดมกลุ่มพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกในการจัดการกับแต่ละองค์ประกอบ ตลอดจนสร้างขั้นตอนในการแก้ไขปัญหาที่จำเป็นต้องการความพยายามในการแก้ปัญหาของครอบครัว และการปรับตัว หมายถึง กลยุทธ์ต่างๆ ของครอบครัวหรือรูปแบบของพฤติกรรมที่ออกแบบเพื่อดำรงหรือทำความเข้มแข็งแก่ครอบครัวโดยรวมหรือดำรงเสถียรภาพทางอารมณ์และความผาสุกของสมาชิกครอบครัว มีการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวในการจัดการกับสถานการณ์ และสร้างความพยายามในการแก้ไขความลำบากของครอบครัวซึ่งเกิดจากสาเหตุความเครียด ส่วนผล



การปรับตัว (family bonadjustment/maladjustment) จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความยากลำบากที่รุนแรงและสะสมจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัว ได้แก่ บทบาท ความคาดหวังหรือเป้าหมาย ค่านิยม กฎระเบียบ ลำดับความสำคัญ ขอบเขต และแบบแผนการทำงาน ทำให้ครอบครัวเข้าสู่เสถียรภาพได้ยาก นำไปสู่การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหรือภาวะวิกฤต (maladjustment, crisis) ซึ่งเป็นความไม่สมดุลของความต้องการความสามารถในครอบครัว (McCubbin & McCubbin, In Danielson, et al., (Eds). 1993: 21-60) ครอบครัวจึงต้องมีความพยายามที่จะปรับตัว ด้วยการประเมินสถานการณ์ซ้ำ และมีการใช้ทรัพยากรในการปรับตัวหรือแหล่งเอื้อประโยชน์ ดังนั้นทรัพยากรในการปรับตัวหรือแหล่งเอื้อประโยชน์จึงมีความสำคัญ

จากการศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ได้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยโดยพยายามใช้ความคิดที่จะแก้ไขเหตุการณ์ ลงมือกระทำและดึงแหล่งประโยชน์ทั้งกายและใจ และภายนอกครอบครัวมาใช้เป็นวิธีที่ก่อให้เกิดผลดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่า การที่จะมุ่งปรับด้านอารมณ์โดยวิธีการเผชิญความเครียดเน้นการแก้ปัญหาที่ครอบครัวใช้บ่อย 5 อันดับแรกคือ เชื่อมมั่นไว้วางใจในความสามารถในการรักษาของแพทย์ ปรึกษาหารือกันในครอบครัวเกี่ยวกับอาการและการดูแลรักษาผู้ป่วย พยายามติดตามข่าวคราวเกี่ยวกับโรค ขอความช่วยเหลือจากญาติหรือเพื่อนเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย หรือเงินสำรองของรัฐบาล หรือองค์กรเอกชน ตามลำดับ และวิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งด้านอารมณ์ที่ครอบครัวใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สวดมนต์ไหว้พระ คิดว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นจากเคราะห์กรรม โชคชะตา บอกกับตนเองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นจริง มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น และพยายามลืมเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจตามลำดับ (วรรณทนา สุภสิมานนท์, 2540)

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ซึ่งปรากฏเป็นความแปรปรวนของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การที่ผู้ป่วยไม่สนใจตนเอง ไม่อาบน้ำหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า มีพฤติกรรมแปลกๆ ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาในการดูแลตลอดทั้งวัน ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างมาก ซึ่งมีผลกระทบต่อความมั่นคงแน่นอนเห็นภายในครอบครัว จากการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดสูงสุดเกี่ยวกับความกังวลว่า มีโอกาสน้อยมากที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายดีดั้งเดิม และมีความเครียดในระดับปานกลางเกี่ยวกับด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมของผู้ป่วย ชีวิต สังคม และส่วนตัวของญาติและความอับอายเรื่องโรคจิต

(วรกษ นิธิกุล, 2535) จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท พบว่า มีความยากลำบากอย่างมากในการปรับตัวสู่ชุมชนหรือครอบครัว รายงานถึงความเครียด ความวิตกกังวล ความบั่นเคืองใจ ความเศร้า ความอับอาย ความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ (Parker, 1993: 19) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ทำให้ชีวิตครอบครัวยุ่งเหยิง รวมทั้งสัมพันธ์ภายในครอบครัวด้วย ภาวะด้านการเงินที่ลำบาก ภาวะสุขภาพกายที่เจ็บป่วย และการขาดหายไปจากสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่างและคุณภาพชีวิตทั้งหมดลดลง ซึ่งเนื่องมาจากการมีสมาชิกครอบครัวที่ป่วยทางจิตนั่นเอง (Doll, 1976; Fadden, et al., 1987; Seymour & Dowson, 1986 cited in Doornbos, 1996: 215) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาถึงสิ่งที่ตามมาจากการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งได้สำรวจพบว่าเมื่อเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยกลับบ้านก็จะเป็นแหล่งดึงเครียดของบรรดาสมาชิกครอบครัวอื่นๆ (Arey and Warcheit, 1980 อ้างใน Noh and Arison, 1988: 378) นอกจากนี้แหล่งของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่ได้ถูกกล่าวถึงคือการสูญเสียความสิ้นความหวังในอนาคตและเป้าหมายในชีวิต ความอับอาย และความรู้สึกผิดบาป (Paker, 1993: 19) รวมทั้งความดึงเครียดจากพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตร การรุกร้า ความเป็นส่วนตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว การทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลภายในครอบครัว รวมทั้งความรู้สึกดึงเครียดตลอดเวลาที่ต้องคอยเฝ้าดูผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด หรือความรู้สึกอับอายจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้องตามประเพณี และการตั้งครรภ์นอกสมรส เจนนิ่งส์ และคณะ (Jennings, et al., 1987: 668) และผู้ป่วยบางรายมีความตื่นตัวในเรื่องเพศมาก มีความพึงพอใจในเรื่องเพศหรือเพื่อแลกเปลี่ยนกับสิ่งของเช่น นูหรี อาหาร เป็นต้น ซึ่งทำให้ญาติอับอายที่ผู้ป่วยสนใจเรื่องเพศมาก รวมทั้งผู้ป่วยบางรายหันไปใช้ยาเสพติดและสุราซึ่งยังทำให้เกิดปัญหาซับซ้อนและยุ่งยากขึ้นทั้งในบ้านและชุมชน นอกจากนี้ได้มีการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวได้รับความเดือดร้อนจากการที่ผู้ป่วยไม่เอาใจใส่ดูแลตนเอง ไม่ปฏิบัติหน้าที่ของตนเองมากกว่าการที่ผู้ป่วยแสดงอาการหลงผิดและหูแว่ว (Tsuang, 1982: 69) ซึ่งพฤติกรรมทั้งหมดที่กล่าวถึงทำให้ผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อน อับอาย วุ่นวายในกิจกรรมครอบครัว และได้รับความเดือนร้อนทางด้านการเงิน (Grad & Sainbury, 1963; Hamilton, 1966 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538: 22) และเห็นว่าการเจ็บป่วยทางจิตทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (เพชร อินอิม, 2531) ซึ่งมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท (จารุวรรณ ต. สกกุล, 2524) อีกทั้งมีผลกระทบด้านสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคจิตและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งและความเครียดภายในครอบครัวได้ นอกจากนี้ความรู้สึกผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่งบางครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายในการพยายามให้ผู้ป่วยรักษาตัวในชุมชน ซึ่งถ้าจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลก็พยายาม

จำหน่ายออกโดยเร็ว (Deinstitutionalization) ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระให้กับครอบครัวอย่างมาก ประกอบกับการไปติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจิตก่อให้เกิดความคับข้องใจและความเครียดในญาติผู้ป่วย เนื่องจากบ่อยครั้งที่ญาติไม่ได้รับบริการช่วยเหลือที่ดี ลำบาก หน้าที่ไม่เป็นมิตร และถูกตำหนิในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสร้างความเครียดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก (Francell, 1988: 1296) ซึ่งจากที่กล่าวมาทั้งหมดก็ยังคงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความวิตกกังวล ถึงแม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็ตาม เนื่องจากผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทและมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (สุวทนา อารีพรพรค, 2524: 245) ถึงแม้ร่างกายไม่ได้สูญเสียไปแต่ชีวิตทางอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยเสื่อมไป คาดหวังกับอนาคตไม่ได้ทั้งด้านการงานหารายได้ การศึกษา และมนุษยสัมพันธ์ กลายเป็นผู้ที่มีศักยภาพจำกัด (Baker, 1989: 32) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรภช นิธิกุล (2535) ในญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีความเครียดสูงสุดเกี่ยวกับความวิตกกังวลว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายดังเดิม รวมทั้งการศึกษาความเศร้าโศกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทของสมาชิกอันเป็นที่รักในครอบครัว เหมือนกับการตายจากไปแล้ว ซึ่งนำความเศร้าโศกอย่างใหญ่หลวงภายในครอบครัว (Miller, et al., 1990 อ้างใน Eake, 1995: 78) รวมทั้งกังวลว่าใครจะดูแลผู้ป่วย ถ้าญาติที่พึ่งเสียชีวิตไป เลฟเลย์ (Lefley, 1987: 1063) นอกจากนี้ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญกับการถูกสังคมตราหน้าว่าสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิต (Thompson and Doll, 1982 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538: 23) และการศึกษาของ จลี เจริญธรรม (2538: 50) พบว่า คนในละแวกบ้านของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาต่อผู้ป่วยที่มีความหมายในเชิงลบ ได้แก่ การนิทา ล้อเลียน หัวเราะเยาะ รังเกียจ และไม่เป็นมิตร

จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยผลทางผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความเครียดขึ้นได้ และลักษณะความเครียดจะปรากฏออกมาทางด้านร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องมีการปรับตัวหรือเผชิญกับความเครียดเพื่อเป็นการลดความไม่สบายใจหรือความทุกข์ให้ลดลง โดยปกติบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันไป ซึ่งผู้ดูแลบางคนใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Coping) และผู้ดูแลบางคนใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มุ่งอารมณ์ (Emotion Focused Coping) หรือผู้ดูแลบางคนใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 วิธีควบคู่กันไป ซึ่งลาซาร์สกล่าวว่าการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดดีกว่ากันนั้นขึ้นอยู่กับทางเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์มากกว่า

จากการศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ปกครองพยายามที่จะหลีกเลี่ยงความขัดแย้งหรือการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย (Chesla, 1989 cited in

Doombos, 1997: 22) จากการศึกษาในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ญาติที่เลือกใช้วิธีคาดหวังตามความเป็นจริง และหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดแรงกดดันและความวิตกกังวลของญาติเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตได้ โดยที่ญาติอีกส่วนหนึ่งใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่สร้างสรรค์ เช่น การเพิกเฉย การปฏิเสธ ความโกรธ ตำหนิ และการไม่สนใจในการรักษาผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงและมีผลกระทบต่อชีวิตภายในครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดความสุข (Baker, 1989: 33-34) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตยังใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยร่วมทำกิจกรรมนอกบ้าน เข้ากลุ่มสนับสนุน ขอมรับการเจ็บป่วย จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย แยกอารมณ์จากสถานการณ์ แยกตัวออกจากผู้ป่วยและพึ่งพาในศาสนา (Spaniol, 1987 cited in Doombos, 1997) รวมทั้งการศึกษาของคอร์นบอส (Doombos, 1997: 24-25) พบว่าผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดโดยการมองผู้ป่วยทางจิตและการเจ็บป่วยทางจิตในแง่บวกจะช่วยให้เกิดความอดทน การให้อภัย การยอมรับ ไม่ได้ดอบ ความรัก กำลังใจ และความหวัง ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีจะช่วยให้ญาติสามารถเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่สามารถคาดเดาได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลใช้ความคิดและสติปัญญาในการเผชิญปัญหาได้หลายอย่าง เช่น คิดหวังว่าเหตุการณ์อาจจะผ่านไปได้ดี หรือหวังว่าสักวันคงรักษาหายได้ หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการเผชิญกับปัญหา (Fadden, et al., 1987, Lefley, 1987 cited in Doombos, 1996: 215) จากการศึกษาของคอร์นบอส (Doombos, 1996: 216) พบว่า การใช้วิธีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมโดยสมาชิกครอบครัวที่ป่วยทางจิต ได้เผชิญกับความตึงเครียดมากกว่าครอบครัวปกติโดยใช้วิธีประเมินการปรับปรุงวิธีการใหม่ การหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม การช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณ และการใช้แหล่งช่วยเหลือในชุมชนบ่อยครั้งกว่าครอบครัวปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้แหล่งช่วยเหลือในชุมชน เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่สำคัญของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Norbeck, et al., 1991 cited in Doombos, 1996: 218) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของ ประหยัด ประภาพรหม (2539) เรื่องการรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และเลือกใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งลดอารมณ์ปานกลาง

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังมีผลกระทบและคุกคามต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะตึงเครียดต่อการดูแลได้ ดังนั้นผู้วิจัยสนใจใคร่จะศึกษาสถานการณ์ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด ลักษณะความเครียดที่ปรากฏ และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการลดความเครียดและช่วยส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทจากสถานการณการดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและผลกระทบจากการที่ต้องเป็นผู้ดูแลซึ่งต้องเผชิญความเครียดเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทต่อไป โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ให้ ความช่วยเหลือรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จากผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยมานานกว่า 6 เดือน และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา และ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

โดยมีรายละเอียดการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. สํารวจสถิติผู้ป่วยต่อปีของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งมีดังนี้

สถิติผู้ป่วยในโรคจิตเภท โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2537, 2538 และ 2539 มีจำนวน 94, 104 และ 116 คน ตามลำดับ (เนื่องจากโรงพยาบาลศิริราชบันทึกเฉพาะจำนวนผู้ป่วยในเท่านั้น

สถิติผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ปี พ.ศ. 2537, 2538 และ 2539 มีจำนวน 68,014 , 68,565 และ 68,788 คน ตามลำดับ

สถิติผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ปี พ.ศ. 2537, 2538 และ 2539 มีจำนวน 46,572 , 46,856 และ 47,823 คน ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการรวบรวมสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการทั้ง 3 แห่ง ในช่วงปี พ.ศ. 2537-2539 เฉลี่ยมาพบแพทย์ 115,644 ครั้ง/ปี ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่ออาการดีขึ้นจะมาพบแพทย์เฉลี่ย 3 เดือน/ครั้ง ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยที่มาพบแพทย์จริงคิดเป็นจำนวน 28,911 ราย และพบว่าในจำนวนผู้ป่วย 10 คน ที่มาพบแพทย์มีผู้ดูแลหลักมาด้วย 9 คน ดังนั้นจำนวนประชากร

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 26,019 ราย จากนั้นนำมาคำนวณโดยใช้สูตรถ้าประชากรมีจำนวน เป็น 10,000 เลือกลักษณะตัวอย่างร้อยละ 1 (เพชรน้อย สิ่งช่างชัย และคณะ, 2539: 141)

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 260 ราย

3. ผู้วิจัยเลือกผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ตามปกติ อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการให้การดูแล โดยเลือกผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2541 ถึง วันที่ 31 สิงหาคม 2541 รวมเวลา 5 เดือน จำนวน 260 ราย

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ดังนี้

โรงพยาบาลศิริราช	จำนวน	10	ราย
โรงพยาบาลศรีธัญญา	จำนวน	150	ราย
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา	จำนวน	100	ราย
รวมกลุ่มตัวอย่าง		260	ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และผลกระทบเกิดจากการเป็นผู้ดูแล โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดที่เกี่ยวกับการดูแลในด้านต่างๆ เช่น ด้านกิจวัตรประจำวัน สถานการณ์ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเมื่อประสบกับอาการหรือพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ความเครียดของสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวที่เกิดจากการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย การตีตราและปฏิกิริยาจากสังคมที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท และสถานการณ์ที่เป็นผลกระทบจากการเป็น

ผู้ดูแลและการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในค้ำานเวลา เศรษฐกิจ สภาวะสุขภาพค้ำานร่างกายและจิตใจ สภาวะทางสังคมและจิตวิญญาณ และความมั่นคงแน่นแฟ้นภายในครอบครัว จำนวน 45 ข้อค้ำานถาม ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากน้อยเพียงใด โดยน้าระดับคะแนนที่ได้มาแปลผลตามช่วงระดับความเครียดค้ำานนี้

ระดับคะแนน	แปลผล
คะแนน 0	ไม่รู้สึกรู้สึกเครียดเลย
คะแนน 1	เครียดเล็กน้อย
คะแนน 2	เครียดปานกลาง
คะแนน 3	เครียดมาก
คะแนน 4	เครียดมากที่สุด

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค้ำานเฉลี่ยที่มีค้ำานตั้งแต่ 0.00 ถึง 4.00 โดยแบ่งตามเกณฑ์ค้ำานนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.01-1.99	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียดในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียดในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.00 ขึ้นไป	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียดในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ลักษณะความเครียดที่ปรากฏต่อผู้ดูแลประกอบด้วย ข้อค้ำานถามปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล โดยสัมภาษณ์ด้วยค้ำานถามปลายเปิด โดยถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทว่าทำอย่างไรเพื่อจัดการหรือลดความเครียดค้ำานกล่าว ซึ่งในแต่ละข้อค้ำานถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถตอบได้มากกว่า 1 ค้ำานตอบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ค้ำานนี้

อาจารย์พยาบาล	2 ท่าน
จิตแพทย์	1 ท่าน
นักจิตวิทยา	1 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 20 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกัน ในเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อ และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ยูวดี ภาษา และ คนอื่นๆ, 2537: 127-129)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S^2} \right]$$

โดย α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
 n = จำนวนข้อคำถามของแบบสอบถาม
 $\sum S_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
 S^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงกณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และ โรงพยาบาล ศิริรีบุญญา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อหัวหน้าพยาบาล โดยชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2541 ถึง วันที่ 31 สิงหาคม 2541 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 260 ราย และเก็บข้อมูลดังนี้

โรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกวันจันทร์ เวลา 8.00-16.00 น. ที่ห้องตรวจโรคจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก และ 16.30-18.30 น. ที่แผนกผู้ป่วยใน เมื่อมีผู้ป่วยโรคจิต

จิตเภทมาพักรักษาตัว

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เก็บข้อมูลด้วยตัวเองทุกวันอังคารและวันพุธ เวลา 8.00-12.00 น. ที่ห้องตรวจโรคแผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลศรีธัญญา เก็บข้อมูลด้วยตัวเองทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. ที่ห้องตรวจโรคแผนกผู้ป่วยนอก

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลหลักแก่ผู้ป่วย โรคจิตเภทโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติและจดรายชื่อผู้ป่วยไว้ สอบถามจากผู้ป่วยและญาติถึงบุคคลที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบว่า “การเก็บข้อมูลดังกล่าวไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาผู้ป่วย และในระหว่างเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัด ต้องการยุติการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที และการยุติการเก็บข้อมูลนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาผู้ป่วย”

6. เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทยินยอมให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์ใช้เวลาสัมภาษณ์นานประมาณ 45-60 นาที ในกรณีมีเหตุการณ์อื่นเข้ามาขัดจังหวะระหว่างการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์หยุดการสัมภาษณ์ไว้ชั่วคราวก่อน เพื่อให้เหตุการณ์นั้นผ่านไป แล้วจึงสัมภาษณ์ต่อไปจนได้รับคำตอบครบ

7. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการหยุดการให้ข้อมูล ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์ทันที กรณีกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจว่ามีข้อคำถามใดยังไม่ได้สัมภาษณ์ และขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบถ้วน ก่อนกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและแจ้งสิ้นสุดการสัมภาษณ์

8. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ที่บันทึกไว้ แล้วนำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและของผู้ป่วย นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ
2. ข้อมูลการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3. ข้อมูลลักษณะความเครียดที่ปรากฏในผู้ดูแลและข้อมูลการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละและหาค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Webber, R.P., 1990) ดังนี้

3.1 ทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยให้มาทั้งหมดในแต่ละข้อคำถาม นำคำตอบที่ได้ทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ของข้อความที่มีความหมายคล้ายหรือใกล้เคียงกันที่สุดไว้ด้วยกัน ตามลักษณะข้อความที่ปรากฏ (manifest content)

3.2 นำข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่แล้ว มาตีความแล้วให้ชื่อหมวดหมู่ข้อมูลเหล่านั้นใหม่ โดยมีความหมายครอบคลุมข้อมูลทั้งหมด ตามวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องหรือตามความเป็นจริงของข้อมูล

ในส่วน of ข้อมูลที่ไม่สามารถแยกเข้าหมวดหมู่ตามคำจำกัดความเชิงทฤษฎีของลาซาร์สันนั้นจะถือว่าเป็นข้อมูลที่ให้แนวคิดที่เกิดขึ้นใหม่ (an emergent theme)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบบังเอิญ โดยคัดเลือกญาติผู้ให้ความช่วยเหลือหรือรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2541 จำนวน 260 ราย การเสนอผลการวิจัยจะเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะผู้ป่วยในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะความเครียดที่ปรากฏ และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามลักษณะพื้นฐาน (n = 260)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	93	35.8
หญิง	167	64.2
อายุ (ปี)		
21-40 ปี	70	26.9
41-60 ปี	116	44.6
61 ปีขึ้นไป	74	28.5
อาชีพ		
อาชีพที่มีรายได้แน่นอน	38	14.6
อาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน	175	77.3
ไม่มีอาชีพ	47	18.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	25	9.6
ประถมศึกษา	126	48.5
มัธยมศึกษา	70	26.9
อาชีวศึกษา/ปริญญาตรี	37	14.2
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.8
รายได้ของญาติผู้ดูแล / เดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	191	73.5
10,001-20,000 บาท	45	17.3
20,001 บาทขึ้นไป	24	9.2
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	86	33.1
10,001-20,000 บาท	89	34.2
20,001 บาทขึ้นไป	85	32.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย (ปี)		
1-5 ปี	75	28.8
6-10 ปี	105	40.4
10 ปีขึ้นไป	80	30.8
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา-มารดา	137	52.7
สามี	13	5.0
ภรรยา	14	5.4
บุตร	11	4.2
พี่น้อง	74	28.5
ญาติ (เขย/สะใภ้/ป้า/น้า/อา)	11	4.2

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.2) มีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 44.6) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 48.5) อาชีพของผู้ดูแลเป็นอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งได้แก่ พนักงานบริษัท ธนาคาร ค้าขาย เกษตรกร รับจ้าง (ร้อยละ 77.3) สภาพเศรษฐกิจส่วนใหญ่ มีรายได้ส่วนตัวน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 73.5) เป็นครอบครัวที่มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 34.2) ให้การดูแลผู้ป่วยนาน 6-10 ปี (ร้อยละ 40.4) และส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา (ร้อยละ 52.7)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแล จำแนกตามลักษณะพื้นฐาน
(n = 260)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	148	56.9
หญิง	112	43.1
อายุ (ปี)		
17-21 ปี	16	6.1
22-40 ปี	157	60.4
41-60 ปี	80	30.8
61 ปีขึ้นไป	7	2.7
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)		
1-5 ปี	57	21.9
6-10 ปี	95	36.5
10 ปีขึ้นไป	108	41.5
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาทันในโรงพยาบาล		
ไม่เคยรับการรักษา	19	7.3
1-5 ครั้ง	184	70.8
6-10 ครั้ง	38	14.6
11 ครั้งขึ้นไป	19	7.3

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.9) อายุระหว่าง 22-40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 60.4) ระยะเวลาการเจ็บป่วยนานเกิน 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 41.5) เกี่ยวกับจำนวนครั้งที่รักษาทันในโรงพยาบาลพบว่าเคยรักษาทันในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง มากที่สุด (ร้อยละ 70.8)

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคจิตเภทตามสถานการณ์เป็นรายข้อ (n = 260)

สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด	ปรากฏสถานการณ์		\bar{X}	S.D.	ระดับความเครียด
	จำนวน	ร้อยละ			
1. การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น	145	57.8	3.03	1.32	มาก
2. การจัดการเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว	229	88.1	2.86	0.87	ปานกลาง
3. การดูแลเรื่องการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย เช่น ฝึกพูด ฝึกแปรงฟัน	258	99.2	2.78	1.03	ปานกลาง
4. การพาผู้ป่วยมาหาแพทย์เมื่อมีอาการกำเริบหรือควบคุมไม่ได้	244	93.8	2.74	1.02	ปานกลาง
5. การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น เอะอะ อาละวาด รุนวาย เกลือกกลิ้งตามพื้นหรือชัก	247	93.8	2.73	1.04	ปานกลาง
6. การที่ผู้ป่วยแสดงออกว่ามีความคิดหรือการรับรู้ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความจริง เช่น มีความคิดแปลกๆ ได้ยินเสียงแว่วหรือเห็นภาพหลอน	254	97.3	2.64	0.63	ปานกลาง
7. ความห่วงกังวลของท่านต่อชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย	260	100	2.62	0.73	ปานกลาง
8. การจัดการต่อพฤติกรรมหรืออาการที่อาจทำให้ทรัพย์สินเสียหาย เช่น จุดไฟเล่น ขว้างปาข้าวของ	180	90.8	2.56	1.12	ปานกลาง
9. การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายตนเอง	111	42.7	2.55	1.63	ปานกลาง
10. การที่ผู้ป่วยไม่สนใจหรือไม่กระตือรือร้นที่จะหางานทำ	257	98.8	2.42	0.97	ปานกลาง
11. การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดคนเดียว ยิ้ม หรือหัวเราะคนเดียว	236	90.8	2.39	0.9	ปานกลาง
12. การจัดการกับปัญหาการนอนของผู้ป่วย เช่น นอนไม่หลับ	259	99.6	2.31	1.04	ปานกลาง

สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด	ปรากฏสถานการณ์		\bar{X}	S.D.	ระดับความเครียด
	จำนวน	ร้อยละ			
13. ความผาสุกภายในครอบครัวลดลง	260	100	2.12	1.07	ปานกลาง
14. การที่ผู้ป่วยหนีออกจากบ้านหรือออกจากบ้านโดยไม่บอก	164	63.1	2.09	1.18	ปานกลาง
15. การที่ท่านต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย	260	100	1.83	1.36	น้อย
16. การที่ผู้ป่วยดื่มสุรา / ใช้สารเสพติด	127	48.8	1.74	1.24	น้อย
17. การดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย	260	100	1.72	1.24	น้อย
18. การที่ท่านต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย	260	100	1.7	1.55	น้อย
19. การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงความหงุดหงิดรำคาญต่อผู้ป่วย	260	100	1.68	0.92	น้อย
20. การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของแพทย์	260	100	1.57	1.26	น้อย
21. การดูแลผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า	214	82.3	1.48	0.84	น้อย
22. การจัดการต่อพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ เช่น อวดอวัยวะเพศ หรือมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า	113	43.5	1.42	1.16	น้อย
23. การที่ผู้ป่วยไปติดหนี้สินหรือขอเงินผู้อื่น	122	46.9	1.35	1.02	น้อย
24. การจัดการเมื่อผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง	78	30.0	1.33	1.41	น้อย
25. การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนหรือไม่สอดคล้องกับเวลาสถานที่	242	93.1	1.27	0.7	น้อย
26. การดูแลเรื่องการออกกำลังกายของผู้ป่วย	259	99.6	1.17	0.72	น้อย
27. การดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกาย	260	100	0.98	1.12	น้อย
28. การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่ในการนำผู้ป่วยไปรับการรักษา	234	90.0	0.95	0.81	น้อย
29. การดูแลเรื่องการแต่งตัวของผู้ป่วย	260	100	0.93	0.91	น้อย
30. การที่ท่านมีเวลาพักผ่อนน้อยลง	259	99.6	0.86	0.78	น้อย
31. การดูแลเรื่องอาหารของผู้ป่วย	260	100	0.78	1.01	น้อย
32. การที่ท่านมีเวลาว่างที่เป็นส่วนตัวน้อยลง	260	100	0.73	0.54	น้อย

สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด	ปรากฏสถานการณ์		\bar{X}	S.D.	ระดับความเครียด
	จำนวน	ร้อยละ			
33. การที่ท่านมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง น้อยลง	260	100	0.7	0.67	น้อย
34. การที่เพื่อนบ้านหรือบุคคลต่างๆ ในสังคม แสดงท่าทีรังเกียจต่อผู้ป่วย	248	95.4	0.66	0.69	น้อย
35. การที่ท่านมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงหรือเพื่อน บ้านน้อยลง	260	100	0.65	0.54	น้อย
36. การที่ท่านมีเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน น้อยลง	260	100	0.64	0.66	น้อย
37. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและญาติพี่น้อง ห่างเหินไป	260	100	0.64	0.67	น้อย
38. การที่ท่านมีเวลาร่วมกิจกรรมในชุมชน น้อยลง	260	100	0.62	0.52	น้อย
39. การที่ท่านมีเวลาในการทำงานอดิเรกน้อยลง	260	100	0.58	0.59	น้อย
40. การที่ท่านมีเวลาในการอยู่ร่วมกับครอบครัว น้อยลง	260	100	0.55	0.57	น้อย
41. การที่สมาชิกในครอบครัวคำหึงหรือวิจารณ์ การกระทำของท่านที่มีต่อผู้ป่วย	246	93.8	0.53	0.66	น้อย
42. การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงความอับอาย และรังเกียจผู้ป่วย	246	94.6	0.51	0.62	น้อย
43. การดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วย	256	98.5	0.19	0.64	น้อย
44. การจัดการกับปัญหาอันเนื่องมาจากพฤติกรรม ทางเพศของผู้ป่วย เช่น ติดเชื้อกามโรค ตั้งครรภ์	54	20.8	0.15	0.56	น้อย
45. การดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย	255	98.1	0.11	0.52	น้อย

จากตารางที่ 3 พบว่า สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดมากที่สุดมีเพียงสถานการณ์เดียวคือ การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ($\bar{X} = 3.03$, S.D. = 1.32) และ สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดปานกลาง ได้แก่ การจัดการเมื่อผู้ป่วย

ก้าวร้าว ($\bar{X} = 2.86, S.D. = 0.87$) การดูแลเรื่องการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย เช่น ฝึกพูด ฝึกแปรงฟัน ($\bar{X} = 2.78, S.D. = 1.03$) การพาผู้ป่วยมาหาแพทย์เมื่อมีอาการกำเริบหรือควบคุมไม่ได้ ($\bar{X} = 2.74, S.D. = 1.02$) การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น ะอะอะ อาละวาด รุนวาย เกือบกลิ้งตามพื้นหรือชัก ($\bar{X} = 2.73, S.D. = 1.04$) การที่ผู้ป่วยแสดงออกว่ามีความคิดหรือ การรับรู้ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความจริง เช่น มีความคิดแปลกๆ ได้ยินเสียงแว่วหรือเห็นภาพหลอน ($\bar{X} = 2.64, S.D. = 0.63$) ความห่วงกังวลของท่านต่อชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย ($\bar{X} = 2.62, S.D. = 0.73$) การจัดการต่อพฤติกรรมหรืออาการที่อาจทำให้ทรัพย์สินเสียหาย เช่น จุดไฟเล่น ขว้างปาข้าวของ ($\bar{X} = 2.56, S.D. = 1.12$) การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ($\bar{X} = 2.55, S.D. = 1.63$) การที่ผู้ป่วยไม่สนใจหรือไม่กระตือรือร้นที่จะทำงานทำ ($\bar{X} = 2.42, S.D. = 0.97$) การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พุดคนเดียว ยิ้ม หรือหัวเราะคนเดียว ($\bar{X} = 2.39, S.D. = 0.9$) การจัดการกับปัญหาการนอนของผู้ป่วย ($\bar{X} = 2.31, S.D. = 1.04$) ความพอใจในครอบครัวลดลง ($\bar{X} = 2.12, S.D. = 1.07$) และการที่ผู้ป่วยหนีออกจากบ้านหรือออกจากบ้านโดยไม่บอก ($\bar{X} = 2.09, S.D. = 1.18$)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดอยู่ระหว่าง 0.52-3.03 ($\bar{X} = 1.42, S.D. = 1.24$) แสดงว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าสถานการณ์ที่มีความเครียดน้อย แต่พบได้บ่อย (ร้อยละ 100) ได้แก่ การที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย การที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การที่ครอบครัวแสดงความหงุดหงิดรำคาญต่อผู้ป่วย การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของแพทย์ การดูแลเรื่องอาหารของผู้ป่วย การที่มีเวลาว่างเป็นส่วนตัวน้อยลง การมีเวลาดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง การมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง การมีเวลาทำกิจวัตรส่วนตัวน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหินไป การมีเวลาร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง การมีเวลาทำงานอดิเรกน้อยลง และการมีเวลาอยู่ร่วมกับครอบครัวน้อยลง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลตามลักษณะความเครียดที่ปรากฏ

n = 260

ลักษณะความเครียดที่ปรากฏ	ปรากฏสถานการณ์	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
นอนไม่หลับ	166	63.8
ปวดศีรษะ	130	50.0
อ่อนเพลีย	121	46.5
ใจสั่น	70	26.9
แน่นหน้าอก/หายใจไม่ออก	2	0.8
ร้อนใน	1	0.4
ปวดเมื่อย	1	0.4
เวียนศีรษะ	1	0.4
ด้านอารมณ์		
หงุดหงิดอารมณ์เสื่อง่าย	213	81.9
วิตกกังวล	187	71.9
เศร้า ร้องไห้	172	66.2
น้อยใจ	11	4.2
กลัว	1	0.4
ตกใจ	1	0.4
ด้านกระบวนการคิด		
คิดสับสน	161	61.9
ด้านพฤติกรรม		
ทะเลาะกับผู้ป่วย/ผู้อื่น	77	29.6
แยกตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง	45	17.3
ด้านจิตวิญญาณ		
หมดกำลังใจ	157	60.4
รู้สึกผิดบาป	84	32.3

* ผู้ดูแล 1 คน มีลักษณะความเครียดที่เกิดได้มากกว่า 1 อาการ

จากตารางที่ 4 พบว่า ลักษณะความเครียดที่ปรากฏในผู้ดูแลตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน พบว่า ลักษณะความเครียดที่ปรากฏทางด้านร่างกายพบว่า ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับมากที่สุด (ร้อยละ 63.8) รองลงมาได้แก่ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 50) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 46.5) อาการใจสั่น (ร้อยละ 26.9) ลักษณะความเครียดที่ปรากฏด้านอารมณ์พบว่า ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดอารมณ์เสียง่ายมากที่สุด (ร้อยละ 81.9) รองลงมาเป็น วิตกกังวล (ร้อยละ 71.9) เศร้า ร้องไห้ (ร้อยละ 66.2) ลักษณะความเครียดที่ปรากฏด้านกระบวนการคิดพบว่า ผู้ดูแลมีความคิดสับสนมากที่สุด (ร้อยละ 61.9) ลักษณะความเครียดที่ปรากฏด้านพฤติกรรม ผู้ดูแลทะเลาะกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น (ร้อยละ 29.6) รองลงมาคือพฤติกรรมแยกตัวในกิจกรรมต่างๆ (ร้อยละ 17.3) ส่วนอาการความเครียดที่ปรากฏทางด้านจิตวิญญาณพบว่า รู้สึกหมดกำลังใจมากที่สุด (ร้อยละ 60.4) รองลงมาเป็นความรู้สึกผิดบาป (ร้อยละ 32.3)

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการสัมภาษณ์เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด “เมื่อเกิดความเครียดในลักษณะต่างๆ ที่ปรากฏ ท่านทำอย่างไร” หรือเวลาท่านเครียดแล้วมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นกับท่านแล้วท่านทำอย่างไร ซึ่งพบว่าการเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีดังนี้

1. การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นทุกข์ ผู้ดูแลบางส่วนจะใช้วิธีการเล่าระบายและปรึกษากับบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง และญาติพี่น้อง เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ตลอดจนแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ จากคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัว ได้แก่

“กลุ่มใจมากที่ลูกมาป่วยอย่างนี้ ต้องคอยปรึกษากับลุง ลุงเค้าก็ปลอบโยนและให้กำลังใจฉัน”

“เวลาที่เค้ามีอาการมากหนูทำอะไรไม่ถูกเลย พ่อกับแม่ก็ด่วนจากเราไปแล้ว ได้คุณน้าคอยช่วยเหลือปลัดกันนั่งเฝ้าพี่” (พูดปนเสียงสะอื้น)

“เวลาเครียดมากๆ ก็โทรบอกกับพ่อเค้า อยู่ที่ขอนแก่น ระบายกับเค้าว่าเราไม่ไหวแล้วนะ ไม่ใช่ให้เราบริการอยู่คนเดียว มันจะแย่อยู่แล้ว”

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความเครียดจากการดูแลซึ่งส่งผลต่ออาการทางกาย ภาวะอารมณ์ เช่น ปวดศีรษะ ร้อนใน หงุดหงิด เศร้า เป็นต้น ผู้ดูแลได้แสวงหาความช่วยเหลือจาก

แหล่งบริการสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ทางสังคม โดยผู้ดูแลได้ปรึกษาแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ตำรวจ พระ จากคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ ได้แก่

“คิดมากเรื่องแฟน เครียดจัดก็ปวดหัว หงุดหงิด ต้องกินยาแก้ปวดคลายเครียดที่หมอให้มา”

“เวลานอนมีอาการมากๆ ผมเครียดมาก ร้อนในเต็มปากเลย ต้องกินยาขม น้ำเต้าทองดื่มต่างน้ำ”

นอกจากนี้ยังมีผู้ดูแลบางส่วนที่มีความเชื่อทางศาสนา หรือทางไสยศาสตร์ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวหรือเป็นที่พึ่งทางใจ โดยสะท้อนคำพูดเหล่านี้

“เวลาเครียดมากๆ ผมก็ไปคุยกับหลวงพ่อบ้านที่วัด ท่านก็สอนผมว่า ให้นึกถึงธรรมชาติ ธรรมชาติคนเรามีเกิด แก่ เจ็บ ตาย มีทุกข์ มีสุข ควบคุมกันไป ให้เราอดทน วันนี้ฟ้ามีดวงวันนี้ฟ้าก็ต้องสว่าง”

“เค้าบอกที่ไหนดีฉันก็ไปหมด ไปหาพระ หาเจ้า ทำบุญ ทำสังฆทาน สร้างโบสถ์สร้างวัดที่ไหนฉันเอาหมด ผลสุดท้ายก็ต้องมาโรงพยาบาล”

“เวลาถูกเป็นมากๆ ไม่รู้จะทำยังไง ฉันก็ไปซื้อดอกไม้มารไหว้พระและบนหลวงพ่อบ้านปากน้ำให้ท่านช่วยลูกให้หายที”

“บางครั้งคนเค้าชวนให้ไปรดน้ำมนต์เชื่อว่าลูกจะดีขึ้น”

“เคยพาเค้าไปทรงเจ้าที่สำนักแถวบางแค ท่านว่าเค้าถูกของ ให้ฉันแก้เคล็ด ต้องเอาดอกไม้ม 7 สี ผ้า 7 สี กับเงินอีกหลายพัน ฉันกลัวว่าจะถูกหลอกเลยไม่ได้ทำ”

“ฉันก็ไปบนไว้ที่หลวงพ่อบ้านแหลม ถ้าเค้าหายก็จะให้เค้าบวชสักพรรษา”

“ฉันก็ได้แต่สวดมนต์ อ้อนวอนขอให้พระเจ้าช่วยลูกฉันที อย่าให้เค้าเป็นมากกว่านี้”

“ฝากพระเจ้าได้ช่วยดูแลเค้าอย่าให้เป็นมากกว่านี้”

“ได้แต่สวดมนต์อ้อนวอนให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยเค้าด้วย”

2. การแก้ปัญหาโดยการแสวงหาข้อมูล พยายามแก้ปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหา

เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลส่วนหนึ่งพยายามแสวงหาข้อมูลหรือวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นการแสวงหาวิธีการและลงมือปฏิบัติอย่างมีเหตุผล โดยการค้นหาวิธีการต่างๆ ของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไปตามแบบแผนในการดำเนินชีวิตและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ ได้แก่

“พยายามปรึกษาหมอๆ บอกว่าต้องกินยาตลอดอย่าปล่อยให้ขาดยา ไม่งั้นอาการจะกำเริบแล้วเขาจะแย่งไปอีกถ้าขาดยา”

“ถ้าบึกใจมากกับเค้าน่ามาก เดี่ยวดีเดี่ยวย้าย เวลาเป็นมากๆ เราก็แทบบ้าไปด้วย ต้องคอยถามหมอมจะทำอย่างไรดีที่จะช่วยให้เค้ามีอาการดีขึ้น”

“ชาวบ้านหาว่าเราไม่ดูแลที่ปล่อยให้พี่เค้าเร่ร่อนไปเรื่อย เข้าไปในวัดก็ไปวุ่นวาย บางทีไปเดินแก้ผ้าโทงๆ เราก็ต้องสอนหนังสือเด็ก ไม่มีใครวิ่งตามเค้าได้ตลอด พยายามถามหมอมว่า จะทำอย่างไรดีถึงจะช่วยให้พี่เค้าอาการสงบกว่านี้ หมอบอกว่าต้องทานยาหรือฉีดยาหรือพามารักษา แต่เมื่อเข้ารับการรักษาที่เค้าก็จะหนีออกไปเรื่อยๆ ก่อความวุ่นวายตลอด ชาวบ้านก็ว่าเราๆ ก็ไม่รู้จะทำอย่างไรดีแล้ว ไม่มีพี่น้องคนไหนเค้าอยากยุ่งด้วย (พูดด้วยเสียงสะอื้น ซึ่งผู้ดูแลเล่าว่า ผู้ป่วยรายนี้มีอาการหูแว่วสูง ตัดมือข้างซ้ายทิ้งในวัด ต้องรักษาแผลอยู่ในโรงพยาบาลพิษณุโลกนาน 2 เดือน และส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา)

“พยายามหาทางแก้ปัญหา เคยปรึกษาที่พยาบาลๆ ก็บอกว่าต้องคอยดูแลเค้า คอยกระตุ้นให้เค้าดูแลตัวเอง คอยให้กำลังใจเค้าเวลาเค้าทำได้ก็ให้ชมเชยเค้าๆ จะได้มีกำลังใจทำต่อไป คอยดูแลให้เค้าทานยาอย่าให้ขาดยา ไม่งั้นเค้าแย่งไปอีก”

“ตั้งสติให้ดี เราต้องแก้ไขปัญหาให้ได้ อย่าแ่ตามเขา เราต้องสู้เพราะเราต้องเป็นหลักให้ครอบครัว”

“พยายามหาทางแก้ปัญหา ปรึกษากับตำรวจ บอกว่าจะช่วยพามาโรงพยาบาลให้เราช่วยเกลี้ยกล่อมเค้าหน่อย”

“หงุดหงิดมากๆ เวลาเห็นเค้าอาการไม่ดี ก็ได้ลูกๆ ช่วยกันปรึกษาหารือ หาทางแก้ปัญหา”

3. การใช้กลไกทางจิต

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดจากการดูแล ผู้ดูแลส่วนหนึ่งใช้กลไกทางจิตเพื่อช่วยบรรเทาความอึดอัดไม่สบายใจ โดยมีคำพูดที่สะท้อนความรู้สึกดังนี้

3.1 การปฏิเสธ (denial)

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งใช้การปฏิเสธ ไม่สนใจ ไม่แสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริง ซึ่งแสดงถึงการปฏิเสธความจริง โดยมีคำพูดสะท้อนถึงการปรับตัว ดังนี้

“เครียดมาก รับไม่ได้เลยอยากเลิกกับผู้ป่วย อายพี่น้อง อายเพื่อนฝูง บางครั้งตามไปอาละวาดถึงที่ทำงาน ไปด่าเพื่อนๆ เพราะคิดว่าเป็นศัตรู ทำให้เพื่อนขยาดไม่อยากไปไหนมาไหนด้วย เพราะกลัวแฟนเรามาด่าอีก”

“อยากหนีไปให้พ้นให้มันอยู่คนเดียวให้สบายไปเลย”

“อยากเอาลูกไปฝากไว้กับญาติจะได้ไม่ต้องมารับรู้อะไรทั้งสิ้น”

“เวลาเห็นมันวุ่นวายรื้อนั่นรื้อนี่ที่บ้าน เราต้องตามไปเก็บ บางครั้งไม่อยากทำอะไร ไม่อยากไปไหน ไม่อยากรับรู้อะไรทั้งนั้น”

“เครียดมาก คิดแล้วยิ่งเครียด บางครั้งก็พยายามไม่คิดถึงเรื่องนี้”

3.2 การระบายออก (ventilation)

เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทส่วนหนึ่งของผู้ดูแล ใช้การร้องไห้ เพื่อระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่เกิดขึ้น จากคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ ได้แก่

“บางครั้งกั้มมาก ๆ กั้มร้องไห้เลย”

“เครียดมาก ทำไมเราต้องมาเจอแบบนี้ ร้องไห้สักพักก็ดีขึ้น”

“มันหมดกำลังใจดูแลมา 20 ปี ก็ไม่เห็นมันดีขึ้น บางครั้งมันท้อนะหมอ ทำไมต้องมาเกิดกับครอบครัวเรามาก ๆ บางครั้งถึงกับร้องไห้ก็มี”

“บางครั้งเค้าวุ่นวายเดินเข้าๆ ออกๆ จากบ้านวันละหลายสิบครั้ง ห้ามเท่าไรก็ไม่ฟัง พูดกันจนปากเปื่อยปากแฉะ บางครั้งฉันทนไม่ไหวมันอึดอัดใจร้องไห้เลยก็มี”

“กั้มมาก ไหนจะต้องทำงานหนัก ไหนกลับมาเจอสภาพพ่อ (สามี) อย่างนี้ ไม่รับรู้อะไรทั้งนั้น บางครั้งปล่อยโฮเลย”

“บางครั้งเคยรู้สึกหมดกำลังใจ คิดนะ ว่าเราจะต้องเจออะไรที่แย่กว่านี้อีกมั๊ย คิดแล้วบางครั้งมันกดดันจริงๆ ถึงกับน้ำตาไหลเลยคุณ”

ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทพบว่า เมื่อเวลาพูดถึงเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลบางรายประสบปัญหาในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดและมีการระบายออกด้วยการร้องไห้

3.3 การกล่าวโทษตัวเอง (introjection)

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเมื่อเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทก็ใช้การกล่าวโทษตัวเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น จากคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ ได้แก่

“รู้สึกผิดโทษตัวเองว่าเราทำให้เค้าเครียดจนป่วย”

“เวรกรรมของเราต้องใช้เค้าไปให้หมด”

“คิดว่าตนเองมีส่วนผิดในการเลี้ยงดูลูกอย่างนี้ ตามใจไปหมดทุกอย่าง ไม่เคยสอน ไม่เคยว่าลูก เลยทำให้ลูกต้องเป็นอย่างนี้”

“เป็นเพราะเราทำให้เขาต้องป่วยอย่างนี้”

3.4 การหลีกเลี่ยง (avoidance)

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งใช้การหลีกเลี่ยงออกจากผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของความเครียดหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อลดความเครียดที่กำลังเกิดอยู่ ซึ่งช่วยทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ซึ่งการหลีกเลี่ยงช่วยให้ผู้ดูแลได้ประเมินความคิดและเหตุการณ์ต่างๆ อีกครั้ง ทำให้มองเห็นปัญหากระจ่างขึ้น จากคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ได้แก่

“บางครั้งเครียดมากก็เดินหนีออกไป”

“เวลาเครียดมากๆ ฉันทิ้งไปที่อื่น ให้คนอื่นเค้าดูแลกันบ้าง”

“เวลาเขาอาการไม่ดี ป้าก็อยากหนีออกจากบ้าน ไปไกลๆ”

“บางครั้งเครียดมากก็หนีไป พออารมณ์เย็นแล้วก็นึกถึงภาระของเรา ก็ต้องกลับมาทำเหมือนเดิม นึกถึงหน้าที่ของตัวเอง”

“บางครั้งโกรธมาก ถามตัวเองว่า ทำไมถึงเป็นอย่างนี้ ทำอะไรไม่ได้ พุคก็ไม่เชื่อฟังกัน ผลสุดท้ายเราก็เดินหนีไปเลย ออกไปนั่งรถเล่นบ้างสัก 2-3 ชั่วโมง ก็กลับเข้ามาใหม่”

“พยายามอดทนคิดว่าเขาป่วย แต่บางครั้งที่มีอาการมากๆ เราก็เครียดนะ พุดซ่าๆ ซากๆ พุดกันไม่รู้เรื่อง เปิดประตูเข้าออกไม่รู้ก็สิบรอบ รื้อข้าวของเต็มบ้าน ห้ามก็ไม่ฟัง เราเพิ่งเก็บไปหยกๆ พุดกันไม่เชื่อผลสุดท้ายเราเองต้องเดินหนีออกมาเลย”

“ดูแลกัน 20 ปี บางครั้งก็หมดกำลังใจ ท้อมาก บางครั้งต้องเดินหนีออกไป สักพักให้หายเครียด”

เมื่อเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีการใช้การหลีกเลี่ยงและเลี่ยงที่จะไม่ต้องเผชิญกับความเครียดโดยวิธีการพึ่งพายาหรือดื่มสุรา โดยคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ได้แก่

“ปวดหัวตุ๊บๆ ต้องหาหมอนงา หรือกินยาแก้ปวด”

“มันไม่ไหวหมอมกคิดมากคิดอยู่นั้นแหละจนหัวแทบระเบิดต้องนอนพัก ต้องทานยาพาราซอล 2 เม็ดค่อยดีขึ้น”

“เครียดมากจนนอนไม่หลับ ต้องหาขนอนหลับทาน ไม่งั้นก็ไม่ได้นอนทั้งคืน”

“เหนื่อยเหลือเกินดูแลกันมา 10 กว่าปี ก็ต้องทนเอา บางครั้งมันเพลียนบอกไม่ถูก ต้องซื้อยาบำรุงมาทาน”

“กลัวมึนใจมาก บางครั้งก็หันไปดื่มเหล้าจะได้เมาไม่รู้เรื่องไปเลย”

“บางครั้งเครียดมากไม่รู้จะไประบายกับใคร ผมก็นั่งดื่มให้มันเมาไปเลย ไม่อยากรู้ ไม่อยากเห็นอะไรทั้งสิ้น”

นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเมื่อเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลใช้การนอนพัก ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับความเครียด โดยมีคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ได้แก่

“คิดมาก บางครั้งสับสน ไม่รู้จะทำยังไงดี ก็ต้องนอนพักก็ค่อยยังชั่ว”

“เครียดมากน่ะ บางทีใจสั่นเลย ต้องนอนพักก่อน”

“เวลาอาการไม่ดี ก็ต้องเฝ้ากันไม่ได้หลับไม่ได้นอนกันทั้งคืน มันเครียด พอดีขึ้น เราก็ได้นอนพัก”

3.5 การแสดงออกด้วยคำพูดหรือกระทำรุนแรง (acting out)

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเมื่อเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการใช้คำพูดหรือลงมือกระทำเพื่อระบายความเครียด ซึ่งเป็นการลดความเครียดด้วยวิธีการที่ค่อนข้างรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยหรือผู้ดูแล จากคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ได้แก่

“ผมอดไม่ไหวจริงๆ นั่งเฝ้ามันทั้งวัน กลางคืนก็ขายของ (ข้าวต้ม) พอเพลอ มันก็แอบไปสูบบุหรี่อีก อาการเพี้ยนเข้าไปใหญ่ วันนั้นมันเอะอะโวยวายเสียงดังลั่นบ้าน ค่าผมค่าแม่มัน ผมเลยชกมันคว้า เราเหนื่อยสายตัวแทบขาด ยังมาเจอลูกเป็นอย่างนี้อีก”

“ถ้าทนไม่ไหวผมก็ชกต่อมันเลย”

“อาการมันไม่ดี มันดูมาก ตรงเข้าไปฟันแม่ที่แขนเข็บไป 20 กว่าเข็ม ผมทนไม่ไหวจริงๆ เลยเอาไม้ตีมันซะนุ่มไปเลย”

“มันไม่พูดไม่จาเดินเข้าไปเตะแม่ข้าพ้าก็ต้องเข้าเผือก ผมเลยเอามัดเจาะหัวมันซะเลือดอาบเลย”

“บางทีคิดจะพาลูกไปจบชีวิตด้วยกันดีมั้ง ก็สร้างเวรสร้างกรรมมาด้วยกัน จะได้ไม่เป็นภาระกับครอบครัว เราก็แก่แล้ว”

“เวลาเห็นลูกอาการไม่ดี เครียดมาก คิดอยากฆ่าตัวตายพร้อมลูก จะได้หมดเวรกันสักที”

“อยากไปโคตสะพานให้มันตายไปเลย จะได้ไม่ต้องรับรู้อะไรอีกแล้ว”

“อยากตี อยากทุบมัน มันทรมาณคนอื่น ไม่ต้องทำอะไรต้องนั่งเฝ้ามันทั้งวัน ไม่จันมันเปิดปิดไฟ หรือแก๊สทิ้งไว้”

“อยากผูกมันไว้กับเสา มันจะได้ไม่ออกไปวุ่นวายข้างนอก”

“มันวุ่นนัก หว่าคนโน้นคนนี่เอาของมันไป พุดไม่หยุด ค่าพ่อค่าแม่ไปหมด ผมเลยตบมันซะหน้าหงายเลย มันยังอารมณ์ไม่อยู่จริงๆ”

3.6 การใช้เหตุผล (rationalization)

ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเมื่อเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะใช้เหตุผลเพื่ออธิบายเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้น และยอมรับได้ คำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ ได้แก่

“สงสารเค้าป่วยเป็นโรคอย่างนี้ เค้าก็ไม่ต้องรู้ว่าทำอะไรถูก-ผิด”

“คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมของเรา มีลูกอยู่คนเดียวก็มาป่วยอย่างนี้ ทำงานทำอะไรก็ไม่ได้ก็ต้องดูแลกันไป”

“ป่วยมานานแล้ว ก็ต้องทำใจ เหมือนดูแลลูก เมื่ออายุมากขึ้นก็คงต้องนั่งเข็ดขี้เข็ดเขี่ยกัน”

“ช่วงที่เป็นมากๆ พวกกันไม่รู้เรื่องบางทีก็โดนมันปลกกันกระแทก ลงไปนั่งกองกับพื้น เวลาเขาระแวงมากๆ ก็ข้างหมด ข้าวปลาอาหาร ทำให้กินมันบอกใส่ยาพิษมันไม่กิน โกรธนะแต่ทำอะไรไม่ได้ สักพักก็นึกสงสารเขา เขาป่วยเขาทำอะไร โดยไม่รู้ตัวก็ต้องให้อภัยเขา”

3.7 การผ่อนคลาย (relaxation)

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความเครียดในการดูแลนั้น ผู้ดูแลส่วนหนึ่งใช้การคุยกับเพื่อนในเรื่องตลกขบขัน หรือเที่ยวตามที่ต่างๆ หรือใช้การหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น เช่น การทำงาน ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือไป เดินตามห้างสรรพสินค้า ปลูกต้นไม้ พรวนดิน เป็นต้น เพื่อเป็นการผ่อนคลายความรู้สึกที่ไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์ จากคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ ได้แก่

“ช่วงที่เครียดมาก ผมเดินเข้าสวนเลย ไปพรวนดิน รดน้ำต้นไม้ ในสวนให้มันสบายใจ”

“บางครั้งพวกกันไม่รู้เรื่อง เขาก็จะเอาชนะฉันให้ได้ ฉันทเลยเดินออกไปนอกบ้าน ไปเดินซื้อของในห้างเลย”

“เครียดมากบ้างครั้งก็ต้องเปิดวิทยุ ฟังเพลงให้สบายใจ”

“คิดมาก นอนไม่หลับ ต้องลุกขึ้นมาทานมดืม”

“บางทีเห็นเขาว่านวาย ผมก็เดินออกเลย ไปชวนเพื่อนดูหนัง ให้เพลิน”

“เวลาเครียดจะหงุดหงิด ไม่รู้ว่าจะทำยังไง บางทีลุกขึ้นไปตักน้ำใส่ตุ่มหลังบ้าน”

“บางครั้งเครียดๆ ก็หยิบกีตาร์มาเล่นเพลินๆ”

“กลุ่มใจ เครียดกับน้องมาก บางครั้งผมขับรถออกไปอย่างไม่มีจุดหมาย”

“เวลาที่เค้าพูดมาก พูดซ้ำพูดซาก ฉันก็เลยหันไปเล่นกับลูก ไม่สนใจเค้าหรอก”

“เวลาเห็นน้องเค้าทำอะไรแปลกๆ ดูวุ่นวายไปหมดบางครั้งก็ทำเป็นพูดตลกไปซะเลย”

ผู้ดูแลบางคนที่ฝึกฝนทางศาสนาส่วนหนึ่งได้ใช้วิธีการปฏิบัติหรือใช้การคิดถึงหลักศาสนาในการผ่อนคลายและลดความเครียดที่เกิดขึ้น จากคำพูดที่สะท้อนถึงการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ ได้แก่

“ช่วงที่เครียดมากๆ ดิฉันก็ไปไหว้พระ สวดมนต์ให้ท่านช่วย”

“ได้ลูกๆ ให้กำลังใจ ได้ทำบุญ ใส่บาตร อุทิศส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวรก็สบายใจขึ้น”

“ได้แต่สวดมนต์อ้อนวอนให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยเค้าด้วย”

“สวดมนต์ คิดถึงเหตุผล ถ้าไม่มีเราเค้าคงแย่ ก็ต้องช่วยลูก”

“ขอฝากพระเจ้าให้ช่วยดูแลอย่าให้เป็นมากกว่านี้”

“เครียดมากๆ ก็นั่งอ่านหนังสือธรรมให้ใจมันสงบ”

“บางครั้งที่มันเครียดมากก็เปิดธรรมฟัง”

3.8 การมองโลกในแง่ดี เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยวิธีมองโลกในแง่ดี ซึ่งวิธีการนี้เป็นกระบวนการใช้กลไกทางจิตเพื่อควบคุมความรู้สึกต่างๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองโดยพยายามค้นหาคุณค่าทางบวกจากสถานการณ์ ซึ่งมีคำพูดที่สะท้อนต่อการปรับตัวด้วยวิธีการนี้ ได้แก่

“แม่คิดว่ายังไงอาการของลูกต้องหาย”

“สงสารลูกพยายามทำใจคิดว่าลูกเราอาจจะ โชคดีหายได้”

“คิดว่าวันนี้ฟ้ามีด วันหน้าฟ้าก็จะสว่าง”

“คิดว่าหมอต้องรักษาให้ลูกเราดีขึ้นได้”

“คิดว่าต้องสู้ ต้องอยู่ให้ได้ ทานยาแล้วก็จะดีขึ้น”

“เรายังโชคดี ยังมีบ้าน มีเงินใช้ บางคนเค้าทุกข์ยิ่งกว่าเรา ก็รักษากันไป”

“คิดว่าเขาต้องหาย หมอก็ให้ยาดีๆ มากิน”

4. การใช้ความพยายามในการควบคุมสถานการณ์

เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลส่วนหนึ่งใช้ความพยายามที่จะควบคุมเหตุการณ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางความคิดและการกระทำ เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมจากเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด ด้วยการเผชิญกับเหตุการณ์ตามสภาพความเป็นจริง และพยายามใช้ความอดทนในการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น จาก คำพูดที่สะท้อนการปรับตัวโดยวิธีนี้ได้แก่

“เวลาเขาตีๆ เขาก็ช่วยเหลือเรา เวลาเขาป่วยเราก็ก่อนดูแลเค้า”

“เราต้องอดทนดูแลเค้า”

“คิดว่าเค้าไม่มีใคร เราก็ก่อนอดทนและดูแลเค้า”

“ต้องตั้งสติให้ดี ถ้าดับเหตุการณ์ใหม่ เราจะช่วยเหลืออย่างไร”

“เราต้องเป็นหลัก ต้องกักฟันสู้ ต้องอดทนอย่างถึงที่สุด”

“ต้องอดทน ต้องสู้ อยู่ให้ได้สักพักเหตุการณ์คงดีขึ้น”

“สงสารลูกพยายามพาเค้าไปหาหมอ ดูแลเค้าให้ดี”

“คิดว่าต้องอดทนมีลูกอยู่คนเดียวก็ต้องดูแลให้ถึงที่สุด”

“สงสารเค้า เค้าป่วยเค้าคงไม่อยากเป็นหรือก็ช่วยกันพาไปรักษา”

สรุปจากการศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดในรูปแบบที่แตกต่างกันไป เช่น การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ด้วยการระบายความรู้สึกกับบุคคลภายในครอบครัว เพื่อน ใช้ความเชื่อทางศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ ฯลฯ การแก้ปัญหาโดยแสวงหาข้อมูล แสวงหาความช่วยเหลือ พยายามแก้ปัญหาและหาวิธีการ แก้ไขปัญหา บุคลากรทางการแพทย์ ในการวิเคราะห์ปัญหา แก้ปัญหา โดยใช้กลไกทางจิต ได้แก่ การปฏิเสธ (denial) การระบายออก (Ventilation) การกล่าวโทษตัวเอง (Introjection) การผ่อนคลาย (Relaxation) การแสดงออกด้วยคำพูดหรือการกระทำที่รุนแรง (acting out) การมองโลกในแง่ดี และการใช้ความพยายามในการควบคุมสถานการณ์ด้วยการใช้ความอดทนยอมรับสภาพตามความเป็นจริง

บทที่ 5

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นที่นำมาอภิปรายได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย ความเครียดของผู้ดูแล ลักษณะความเครียดที่ปรากฏในผู้ดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล

ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.2) มีอายุระหว่าง 22-80 ปี เฉลี่ย 50.71 ปี และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 52.7) ซึ่งสอดคล้องกับโอเรม (Orem, 1991) ที่มองว่าครอบครัวจะทำหน้าที่ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและสร้างระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัว (Abner & Johnson, 1990 cited in David, L.L., 1992: 2 อ้างถึงในนงลักษณ์ พันชมพูนุ 2539: 28) เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย ครอบครัวจะจัดการให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นผู้ดูแล อาจจะเป็นสมาชิกครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร รวมถึงบุคคลสำคัญคนอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคลสำคัญในชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539: 86) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงวัยกลางคน ซึ่งอาจเนื่องจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือมานานว่า เพศหญิงหรือแม่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพไม่แน่นอน (ร้อยละ 77.3) ได้แก่ ค้าขาย เกษตร รับจ้าง ประมง สภาพเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 73.5) มีรายได้เฉลี่ย 9,351 บาทต่อเดือน และมีรายได้ครอบครัวระหว่าง 10,001-20,000 (ร้อยละ 34.2) ส่วนระยะเวลาในการดูแลพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยนาน 6-10 ปี (ร้อยละ 40.4) ระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 9.6 ปี ดังที่สมภพ เรืองตระกูล กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (สมภพ เรืองตระกูล 2532: 66) ส่วนมากเมื่อรักษาไปแล้ว ผู้ป่วยคิดว่าตนไม่ได้ป่วยเป็นอะไร จึงไม่ค่อยรับประทานยา จึงทำให้เป็นสาเหตุของการขาดยา และกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ได้อีก และทำให้ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายครั้ง (Johnson, 1997: 678)

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกษม ดันติผลาชีวะ (2536: 333) ในระดับวิทยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลก็เป็นชายมากกว่าหญิง และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีช่วงอายุ 22-40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 60.4) อายุเฉลี่ย 36 ปี และเข้ารับการรักษาด่วนใน โรงพยาบาลอยู่ในระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 70.8) จำนวนการรักษาด่วนในโรงพยาบาลอยู่ในระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 70.8) จำนวนการรักษาด่วนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.15 ปี ซึ่งอธิบายได้จากสถิติของ American Psychiatric Association (1994) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเกิดกับคนวัยรุ่น หรือวัยหนุ่มสาวเป็นตั้งแต่อายุยังน้อย และส่วนมากเป็นเรื้อรัง

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ก่อให้เกิดความเครียด

สถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเครียดมากคือ สถานการณ์ที่ต้องจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ($\bar{X} = 3.03$, S.D. = 1.32) อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีภาวะหลงผิด หวาดระแวง อาการที่พบร่วมด้วยคือ มีอารมณ์โกรธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ชอบทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2536: 78) ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมรุนแรงต่างๆ ตามมา เช่น ทำร้ายบิดา มารดา หรือญาติ พี่น้อง หรือคนอื่น ซึ่งพบได้บ่อยในคลินิกจิตเวชฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยตำรวจ ในบางรายมีอาการรุนแรงมากก็ต้องใส่กุญแจมือด้วย ดังที่สแวนสันและคณะ (Swanson, et al. 1990: 761) พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงมักจะเป็นวัยรุ่นผู้ชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรภช นิธิกุล (2535) ศึกษาเรื่องความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย มีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง เนื่องจากปกติโดยทั่วไปผู้ชายจะมีรูปร่างสูงใหญ่ กล้ามเนื้อเป็นมัดๆ แข็งแรงกว่าผู้หญิง ลักษณะของผู้ชายจะเป็นคนก้าวร้าว ชอบการต่อสู้ ประกอบกับมีภาวะระแวง มีอาการหลงผิดร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่นได้ ซึ่งเป็นแหล่งตึงเครียดมากที่สุดของญาติผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ อีแวน (Evans, 1965: 186) ที่พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้ญาติตกใจ ทุกข์ใจ และกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ กฤตยา แสวงเจริญ (2536) เรื่องความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ญาติรู้สึกลำบากใจ เป็นภาระ รังเกียจ หวาดกลัว เนื่องจาก



อาการของผู้ป่วยจิตเภท แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างดีและสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้แล้วก็ตาม แต่ก็สามารถที่จะมีอาการปรากฏขึ้นมาได้อีก อาการของผู้ป่วยที่ขึ้นๆ ลงๆ อย่างคาดหมายไม่ได้ ญาติรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเกิดความตึงเครียดในครอบครัว และถ้าเคยเกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้น แม้จะผ่านมานานแล้วก็ตาม ญาติมักจะไม่มีเหตุการณ์นั้นและกลัวความรุนแรงแบบเดิมจะเกิดขึ้นอีกโดยไม่มีอาการเตือนใดๆ

ส่วนสถานการณ์ความเครียดที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความเครียดปานกลาง คือในด้านการจัดการพาผู้ป่วยมาหาแพทย์เมื่อมีอาการกำเริบหรือควบคุมไม่ได้ ($\bar{X} = 2.74, S.D. = 1.02$) เมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว ($\bar{X} = 2.86, S.D. = 0.87$) เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น เอะอะ อาละวาด ($\bar{X} = 2.73, S.D. = 1.04$) การจัดการต่อพฤติกรรมหรืออาการที่อาจทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ($\bar{X} = 2.56, S.D. = 1.12$) เมื่อผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ($\bar{X} = 2.55, S.D. = 1.63$) อธิบายได้ว่าเนื่องจากอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการดำเนินโรคเรื้อรัง และอาจเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ (acute exacerbation) ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ง่าย และความเครียดนี้ จะกระตุ้นให้เกิดอาการเฉียบพลัน การตอบสนองต่อความเครียดแบบนี้จะเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต (วิวัฒน์ ขณานุรักษ์, 2536: 85) ประกอบกับผู้ป่วยบางรายมีภาวะหวาดระแวง หลงผิด และประสาทหลอนร่วมด้วย ทำให้เกิดอาการรุนแรงได้ง่าย จากการศึกษาของ ครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978) พบว่า ญาติรู้สึกเครียดกับอารมณ์และพฤติกรรมซึมเศร้าของผู้ป่วยชายแล้วพยายามฆ่าตัวตาย รุนแรง เอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายญาติใกล้ชิด หรือบุคคลที่ขัดใจหรือก่อความวุ่นวายให้กับเพื่อนบ้านและสังคมได้มากกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นอาการที่ไม่สามารถคาดเดาได้ บางครั้งมีความรุนแรงก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและคนรอบข้าง บางครั้งก่อให้เกิดความรู้สึก รำคาญ โกรธ กลัว สงสาร รู้สึกผิด อับอาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม และเป็นอันตราย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมิลล์ (Mills 1962 cited by Fodden, Bebbington and Kuipers) 1987: 287) ศึกษาพบว่าญาติหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเภทที่อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่น ซึ่งมีผลทำให้ญาติรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วยและ ก่อให้เกิดความเครียดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารธนา บริจันท์ และคณะ (2536) ซึ่งศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพศชายมีความวิตกกังวลในเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง เช่น เอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายญาติใกล้ชิดและบุคคลที่ขัดใจ และก่อความวุ่นวายให้กับเพื่อนบ้านและสังคมได้มาก

นอกจากนี้ยังพบว่าสถานการณ์การจัดการกับปัญหาการนอนของผู้ป่วยเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ ผู้ดูแลเครียดปานกลาง ($\bar{X} = 2.31, S.D. = 1.04$) เนื่องจากพฤติกรรมการนอนของผู้ป่วยจะรบกวนการนอนหลับของญาติในเวลากลางคืนเนื่องจากผู้ป่วยบางรายชอบนอนกลางวัน เวลา

กลางคืนส่งเสียงดัง หรือบางครั้งก็เปิดเพลงดัง พุทคนเคียวในตอนกลางคืน (Lefley 1987: 1965) หรือบางคนนอนหลับๆ ตื่นๆ ลุกขึ้นมาทำโน่นทำนี่ หรือบางคนส่งเสียงดัง ทำให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ตื่น ทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ เกิดความรู้สึกหงุดหงิดรำคาญอาจก่อให้เกิดความเครียดได้

และพบว่าสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปานกลาง คือการที่ผู้ป่วยแสดงออกด้านความคิด และการรับรู้ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความจริง เช่น มีความคิดแปลกๆ หูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน ($\bar{X} = 2.64$, S.D. = 0.63) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีการรับรู้ (Perception) ที่ผิดปกติ ที่พบบ่อยคือ ประสาทหลอน ซึ่งพบมากที่สุดคือ ประสาทหลอนทางหู (Auditory Hallucination) รองลงมาคือประสาทหลอนทางตา (Visual Hallucination) เช่น บางรายมีหูแว่วสั่งให้ไปทำร้ายคนอื่นหรือสั่งให้ทำร้ายตนเอง (เกษม ดันติผลาชีวะ 2536: 337) และยังพบว่าสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเครียดปานกลาง ได้แก่ การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ ($\bar{X} = 2.39$, S.D. = 0.9) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมแปลกๆ ที่พบ เช่น อาจทำอะไรซ้ำ เช่น นั่งโยกตัวอยู่ในท่าหนึ่งนานผิดปกติ คล้ายหุ่นจี๋ตึ่งหรือไม่พูด บางรายเดินเก็บขยะ สะสมอาหาร ซึ่งทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลเกิดความรู้สึกรำคาญ เบื่อหน่าย รังเกียจ ทำให้เกิดความเครียดได้ (สมภพ เรื่องตระกูล 2523: 77)

นอกจากนี้ยังพบว่าสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดในระดับปานกลาง คือการที่ผู้ป่วยหนีออกจากบ้านโดยไม่บอก ($\bar{X} = 2.09$, S.D. = 1.18) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และการตัดสินใจ ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า การออกจากบ้านไม่มีจุดหมาย เดินเร่ร่อน ในผู้ป่วยชายญาติจะเกิดความวิตกกังวลกลัวว่าจะไปทำความเดือดร้อนไปก่อความเสียหาย หรือไปทำร้ายผู้อื่น ถ้าเป็นผู้ป่วยหญิงญาติจะวิตกกังวลกลัวจะถูกล่อลวง ไปถูกกระทำในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสงัน สุวรรณเลิศและ ถัดดาวัลย์ ขวัญส่ง (2520: อัดสำเนา) ซึ่งศึกษาเรื่องญาติผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยคือ ชอบหนีออกจากบ้านหรือชอบเร่ร่อน

นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลเรื่องการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย เช่น ให้ผู้ป่วยฝึกพูด ฝึกแปรงฟัน ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = 1.03) การที่ผู้ป่วยไม่สนใจหรือไม่กระตือรือร้นที่จะหางานทำ ($\bar{X} = 2.42$, S.D. = 0.97) และความหวังกังวลของผู้ดูแลต่อชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย ($\bar{X} = 2.62$, S.D. = 0.73) เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดระดับปานกลางเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแล ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งป่วยเกิน 2 ปีขึ้นไป จะมีลักษณะการเสื่อมของบุคลิกภาพ (deterioration) (วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์, 2536: 73) อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิด

ปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ขาดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีลักษณะพฤติกรรมถอยหนีจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ ครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการถอยหนีและแยกตัว เช่น เฉื่อยชา ไม่ค่อยพูด แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ทำอะไรเลยหรือสนใจที่จะทำงานอดิเรกน้อยมาก หรือบางคนทำงานบางอย่างซ้ำมาก ทำได้เล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรา ภิรตภา (2533) ในการศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษาพบว่า สภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังการรักษามีการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับปานกลาง เช่น เรื่องการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าสังคม การประกอบอาชีพ และการทำกิจกรรมในยามว่าง ซึ่งความเครียดในเรื่องดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความหวังกังวลในชีวิต และอนาคตของผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร คิดถึงวันข้างหน้าว่าถ้าญาติเสียชีวิตแล้วใครจะดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ไม่กระตือรือร้นที่จะหางานทำหรือรับผิดชอบงานได้นั่นเอง และยังพบว่าสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดปานกลางในเรื่องความผาสุกภายในครอบครัวลดลง ($\bar{X} = 2.12$, S.D. = 1.07) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลไม่ยอมรับการเจ็บป่วย บางครั้งก็มีการดำเนินคดี มีสีหน้าท่าทางที่ไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วย บางครอบครัวก็มีการทะเลาะเบาะแว้ง มีการใช้อารมณ์ค่อนข้างสูงหรือมีความก้าวร้าวรุนแรงต่อกัน ทำให้เกิดความเครียดภายในครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวรช นธิกุล (2535) ในเรื่องความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามีความเครียดในระดับปานกลางเกี่ยวกับสัมพันธ์ภายในครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วย ชีวิต สังคม และส่วนตัวของญาติ และความอับอายเรื่องอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ความผาสุกภายในครอบครัวลดลง

สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความเครียดน้อย แต่พบได้บ่อย ได้แก่ สถานการณ์ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ($\bar{X} = 1.83$, S.D. = 1.36) รวมทั้งการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ($\bar{X} = 1.7$, S.D. = 1.55) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ หรือผู้ป่วยบางคนเคยประกอบอาชีพหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ผลจากความเจ็บป่วยก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดีดังเดิม ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยโรคนี้อาจจะทำให้เป็นผู้ที่มีศักยภาพจำกัด (Baker, 1989) ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวและครอบครัวจะต้องดูแลผู้ป่วยในเรื่องของอาหารการกิน ค่ายาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นปีๆ หรือตลอดชีวิตเพื่อรักษาและป้องกันการกำเริบของโรค (สมภพ เรื่องตระกูล, 2528: 77) ตลอดจนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชร อินอิม (2531) ศึกษาความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ญาติมีความคิดเห็นว่าการเจ็บป่วยทางจิตทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ต้องสิ้นเปลืองค่า

รักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่นๆ รวมทั้งค่าเดินทางมาพบแพทย์ รวมทั้งสถานการณ์การ ดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย ($\bar{X} = 1.72$, S.D. = 1.24) และการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของแพทย์ ($\bar{X} = 1.57$, S.D. = 1.26) เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่การให้ยาเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด แพทย์จะให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อเนื่องนาน 1-2 ปี ซึ่งจะช่วยให้มีอาการต่างๆ ลดน้อยลง และผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดีขึ้น แพทย์จะให้ยาเป็น maintenance therapy ติดต่อกันหลายปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2528: 79) ซึ่งมีผู้ป่วยบางรายคิดว่าตนหายดีแล้วจะไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด กลัวการอยู่โรงพยาบาลจึงไม่ยอมมาพบแพทย์ และเมื่อหยุดยารักษาโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ และต้องรักษาต่อในโรงพยาบาลหลายครั้ง (Johnson, 1997: 578) และบางรายมีอาการรุนแรงกว่าเดิม เป็นมาก และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในระยอง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากปัญหาการขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และไม่มาพบแพทย์ตามนัด บางรายขาดยาเป็นเดือน เป็นปี ซึ่งส่งผลให้โรคมีอาการรุนแรงมากขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ขวัญสูง (2520) พบว่าญาติมีความยากลำบากเมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา

ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดจากสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย การอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และผลกระทบจากการที่ต้องเป็นผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 260 ราย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.42$, S.D. = 1.23) อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.4 และดูแล 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.8 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง ร้อยละ 70.8 มีการรักษาทั้งด้วยวิธีการทางกายภาพและให้ยารักษาโรคจิต ทำให้การดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ปัจจุบันมีอัตราหายหรือดีขึ้นเป็นที่น่าพอใจร้อยละ 50-70 เหลือค้างอยู่ในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 10-16 (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536: 34) และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 52.7 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือดทำให้ผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา สามารถรับมือและอดทนในพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรังแต่ไม่รุนแรง และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ จึงทำให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคยกับอาการที่แสดงออก ทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ และเกิดประสบการณ์ในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในระดับน้อย

ลักษณะความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะความเครียดที่ปรากฏแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบ่งตามมิติทางจิตสังคม 5 ด้าน พบว่า

ลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏทางด้านร่างกาย คือ ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับมากที่สุด (ร้อยละ 63.8) รองลงมาคือ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 50) และอ่อนเพลีย (ร้อยละ 46.5) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลต้องตรากตรำคอยดูแลผู้ป่วย ทำให้มีภาวะสุขภาพทรุดโทรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536: 96) เรื่องลักษณะความเครียดในบทบาทภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแลพบว่า มีอาการใจสั่น นอนไม่หลับ หายใจไม่เต็มอิ่ม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ

ลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏทางด้านอารมณ์ คือ หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่ายมากที่สุด (ร้อยละ 81.9) รองลงมาคือวิตกกังวล (ร้อยละ 71.9) และเศร้า ร้องไห้ (ร้อยละ 66.2) อธิบายได้ว่าภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย ทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าว พาลทะเลาะกับผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ เสื่อง่าย (Parker, 1993: 19) และการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะเวลาที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเศร้าได้ (Baker 1989: 33) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮิวและคาลิเียน โด (Hughes & Caliendo, 1996: 347-358) ผลของการสนับสนุนทางสังคม ความ เครียดและระดับการเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีต่อผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่เป็นมิตร และมีความเครียดจากการทำงาน มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏด้านกระบวนการคิด คือ มีความคิดสับสน (ร้อยละ 61.9) อธิบายได้จากผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลายาวนาน และต้องประสบกับปัญหาในเรื่องความผิดปกติทั้งด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วย ทำให้ ผู้ดูแลถูกรบกวนกระบวนการคิด ทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง หมกมุ่นแต่เรื่องวิตกกังวล ไม่สามารถอธิบายหรือหาวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างที่ควรจะเป็น (อดิรัตน์ วัฒนไพลิน, 2542: 6-18) ซึ่งสอดคล้องกับการสอบถามญาติของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศอังกฤษพบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวก่อให้เกิดความวุ่นวายสับสนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (Hoening & Hamilton อ้างถึงใน ยาใจ สิริขันธ์, 2538: 22)

ลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏด้านพฤติกรรมคือ การที่ผู้ดูแลทะเลาะกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น (ร้อยละ 29.6) แยกตัว (ร้อยละ 17.3) อธิบายได้จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญกับความเครียดจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งไม่สามารถควบคุมตนเอง ทำให้เกิดความขัดแย้ง มีการทะเลาะวิวาทกระทบกระทั่ง มีการใช้อารมณ์สูงต่อกัน (Baker 1989: 32)

ส่งผลในการดำรงบทบาทต่างๆ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม (Lazarus & Folkman, อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2536: 112)

ลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏด้านจิตวิญญาณ คือ หดงอใจ (ร้อยละ 60.4) มากที่สุด รองลงมาคือ มีความรู้สึกผิดบาป (ร้อยละ 32.3) อธิบายได้จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีลักษณะโรคแบบเรื้อรัง ซึ่งต้องดูแลกันยาวนาน ผู้ดูแลต้องตรากตรำ อดทน ทุ่มเท แรงกายแรงใจ และเผชิญกับภาวะโรคที่มีโอกาสน้อยมากที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายดีดั้งเดิม ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสิ้นหวังในอนาคตและเป้าหมายในชีวิต มีความอับอาย และความรู้สึกผิดบาป (Parker, 1993: 19)

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษากการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในครั้งนี้พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลใช้มี 4 กลุ่มดังนี้คือ การเผชิญความเครียดโดยการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหา ประกอบด้วยการแสวงหาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา หาวิธีแก้ไขปัญหา การเผชิญความเครียดโดยการใช้กลไกทางจิต และการเผชิญความเครียดโดยการใช้ความพยายามในการควบคุมสถานการณ์ดังนี้คือ

1. การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายรอบข้าง โดยการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาสิ่งของที่ต้องการ และความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ซึ่งการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการผสมผสานของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดของลาซารุสกล่าวว่า การปรับหรือเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข โดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริงด้วยการใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรม ได้แก่ การระบายอารมณ์โกรธ การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น (Lazarus & Folkman 1984: 150-152) ในขณะเดียวกัน การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาสิ่งของที่ต้องการ แสวงหาความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ และแสวงหาการช่วยแบ่งเบาภาระงานและความรับผิดชอบ มีความสอดคล้องกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยการมุ่งแก้หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งแสดงออกโดยการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม การพัฒนาพฤติกรรมใหม่และพยายามเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ (Lazarus & Folkman 1984: 152-153) และสอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียดของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยของแมคคับบิน (McCubbin & McCubbin, in Danielson., et al., Eds., 1993: 21-60) ซึ่งกล่าวว่า การเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมี การปรับตัวที่ดี จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาคครอบครัวในการเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรง โดยครอบครัว

ต้องสร้างความสามัคคี มีแหล่งเอื้อประโยชน์ เช่น บริการของชุมชน มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความแน่นแฟ้น ความอดทน ซึ่งช่วยส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว และมีการใช้ กลยุทธ์ในการปรับตัว เพื่อดำรงเสถียรภาพทางอารมณ์และความผาสุกของสมาชิกครอบครัว

2. การแก้ไขปัญหาโดยการใช้การแสวงหาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาและหาวิธีการแก้ไข ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการเผชิญความเครียดโดยการมุ่งแก้ปัญหาตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน โดยมีการแก้หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม โดยการแสวงหาข้อมูล นำปัญหาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ มีการพัฒนาพฤติกรรมใหม่และพยายามเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ในการแก้ปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984: 150-152)

3. การใช้กลไกทางจิต ได้แก่ การปฏิเสธ (Denial) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การกล่าวโทษตัวเอง (Introjection) การแสดงออกด้วยคำพูดและถ้อยคำที่รุนแรง (acting out) การระบายออก (Ventilation) การผ่อนคลาย (relaxation) และการมองโลกในแง่ดี ซึ่งวิธีการดังกล่าวที่ผู้ดูแลนำมาใช้ เพื่อระบายหรือลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ มีความสอดคล้องกับการเผชิญความเครียดที่เป็นการมุ่งแก้อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ซึ่งตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมนกล่าวว่า เป็นการปรับเปลี่ยนหรือความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ อาจกระทำโดยการให้ความหมายกับสถานการณ์นั้นใหม่ มองในด้านบวกของสถานการณ์ หรือการหนีจากสถานการณ์ชั่วคราว โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เลือกให้ความสนใจและหลีกเลี่ยง ไม่คิดถึง (Lazarus & Folkman 1984: 152-153)

4. การใช้ความพยายามในการควบคุมสถานการณ์ ได้แก่ การค้นหาวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหา การยอมรับสภาพที่แท้จริง ใช้ความอดทนในการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อควบคุมความรู้สึกต่างๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ดูแลเอง และมีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น มีการแสวงหาข้อมูล ซึ่งการใช้วิธีการนี้มีความสอดคล้องกับการเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหามผสมผสานกับการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการอารมณ์ที่เป็นทุกข์ (Lazarus & Folkman 1984: 152-153) และสอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียดของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยของแมคคับบิน โดยสมาชิกครอบครัวจะต้องมีการปรับตัวที่ดี มีแหล่งเอื้อประโยชน์และความเข้มแข็งของครอบครัว ความสามารถทางสติปัญญาของสมาชิกในการจัดการกับปัญหาที่ทำให้สมาชิกและครอบครัวสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะบุคลิกภาพ เช่น อารมณ์ขัน ภาวะสุขภาพทั้งสรีระและอารมณ์ ความรู้สึกควบคุมได้ ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลในการควบคุมสถานการณ์ของชีวิตได้ (McCubbin & McCubbin, In Darialson et al., (Eds.). 1973: 21-60)

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวความคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 155-157) ที่ว่าในสถานการณ์ใดๆ บุคคลจะการใช้การเผชิญความเครียดที่ผสมผสานทั้งการมุ่งแก้ปัญหา (Problem Focused Coping และการจัดการกับอารมณ์ (Emotional

· Focused Coping) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้การเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นโดยการปรับตัว ทั้งมุ่งแก้ปัญหาและการปรับตัวที่มุ่งแก้อารมณ์ที่เป็นทุกข์ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะต้องรู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญความเครียด โดยต้องประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง รวมทั้งรู้จักจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีกับตนเอง และต้องทราบว่าเมื่อใดควรหยุดใช้ความพยายามเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ไม่อาจเป็นไปได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 112) ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ก่อให้เกิดประโยชน์และเป็นไปทางสร้างสรรค์ เช่น การแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม การแก้ไขปัญหา การมองโลกในแง่ดี จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถต่อสู้กับปัญหา และสามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้ ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาร์สและโฟล์คแมน และกรอบแนวคิดการเผชิญความเครียดของครอบครัวเมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยของแมคคัมบีน เป็นแนวทางในการศึกษา โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักในการให้ความช่วยเหลือ หรือรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ป่วยมานานกว่า 6 เดือน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2541 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2541 จำนวน 260 ราย

จากการนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เนื้อหา สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน และเป็นบิดามารดาของผู้ป่วย ส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพที่มิรายได้ไม่แน่นอน และดูแลผู้ป่วยด้วยระยะเวลาระหว่าง 6-10 ปี ส่วนผู้ป่วยในความดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนมากอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และป่วยด้วยระยะเวลานานเกิน 10 ปี

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดมากเพียงสถานการณ์เดียวคือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น สถานการณ์การจัดการที่มีความเครียดในระดับปานกลางคือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยก้าวร้าว มีอาการกำเริบ มีอาการรุนแรง ทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมแปลกๆ มีพฤติกรรมหรืออาการที่อาจทำให้ทรัพย์สินเสียหาย มีปัญหาการนอน เช่น นอนไม่หลับ และปัญหาที่ผู้ป่วยหนีออกจากบ้านหรือออกจากบ้านโดยไม่บอก ส่วนสถานการณ์การดูแลที่มีความเครียดในระดับปานกลางคือ การฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่สนใจและไม่กระตือรือร้นที่จะหางานทำ การแสดงออกว่ามีความคิดหรือการรับรู้ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานความจริง ความห่วงกังวลต่อชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย และความสุขภาพในครอบครัวลดลง และสถานการณ์การดูแลที่ทำให้เกิดความเครียดในระดับน้อยแต่พบได้บ่อย ได้แก่ การที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย

3. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับน้อย

4. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะความเครียดที่ปรากฏตามมิติทางจิตสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ซึ่งมีอาการนอนไม่หลับมากที่สุด รองลงมาคือ ปวดศีรษะและอ่อนเพลีย ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลมีลักษณะหงุดหงิดอารมณ์เสื่อง่ายมากที่สุด รองลงมาคือวิตกกังวล และเศร้า ร้องไห้ ด้านกระบวนการคิด ผู้ดูแลมีความคิดสับสนมากที่สุด ด้านพฤติกรรมคือ การที่ผู้ดูแลทะเลาะกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น และด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลมีลักษณะความเครียดที่ปรากฏด้วยอาการหมดกำลังใจมากที่สุด รองลงมาคือ รู้สึกผิดบาป

5. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเผชิญความเครียดโดยการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการแก้ไขปัญหาซึ่งใช้การแสวงหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไข โดยใช้กลไกทางจิต ด้วยการปฏิเสธ (denial) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การกล่าวโทษตัวเอง (Introjection) การผ่อนคลาย (relaxation) การระบายออก (Ventilation) การอ้างเหตุผล (rationalization) การมองโลกในแง่ดี เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ให้ลดลง โดยการใช้ความพยายามในการควบคุมสถานการณ์ด้วยการเผชิญปัญหาตามความเป็นจริงและใช้ความอดทนในการควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดทั้งในด้านการปรับตัวที่มุ่งปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและการปรับตัวโดยการมุ่งจัดการกับอารมณ์ที่เป็นทุกข์ขณะมีความเครียด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา มีดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย เนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังซึ่งป่วยเกิน 10 ปี ควรจะทำการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ด้วย

2. ถึงแม้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเครียดในระดับน้อย แต่มีการเผชิญความเครียดมีทั้ง 2 รูปแบบคือ การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์แบบสร้างสรรค์และไม่สร้างสรรค์ ซึ่งพบว่า การเผชิญความเครียดที่จัดการกับอารมณ์แบบไม่สร้างสรรค์นั้นมีผู้ดูแลบางส่วนมีการทะเลาะกับผู้ป่วยและมีการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ทั้งนี้อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากยิ่งขึ้น ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยบุคลากรทีมสุขภาพจิตต้องตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเหล่านี้ เช่น จัดให้มีกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาการให้คำแนะนำ การจัดกลุ่ม self help group

และการจัดทำคู่มือเอกสารในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลอีกต่อไป

3. จากผลการวิจัยในครั้งนี้ควรให้บุคลากรในทีมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตลอดจนการให้การดูแลช่วยเหลือและประทับประคองด้านจิตใจให้แก่ผู้ดูแลในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับรูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เหมาะสม และการจัดบริการเครือข่ายทางสุขภาพจิตให้เพียงพอ โดยเฉพาะสายด่วนสุขภาพจิตที่มีเจ้าหน้าที่ประจำ สามารถให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำได้ ตลอดจนการเน้นงานสุขภาพจิตชุมชนให้มากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

- เกษม ต้นติผลาชีวะ (บรรณารักษ์). 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จรีชา วิฑยะสุกร. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดา ชวนะ ผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จลี เจริญสรรพ์. (2538). รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- จารุวรรณ ต.สกุล. (2534). ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จูไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ แซ่หว่าน. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 33(3), 99-102.
- ชอลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- นงลักษณ์ พันชมภู. (2540). การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และพิไลรัตน์ ทองอุไร. (2532). รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ประหยัด ประภาพรหม. (2531). การรับรู้การไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาหนัน บุญหลง. (2528). การพยาบาลจิตเวช เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ปออง.
- ปรารธนา บริจันทร์ และคณะ. (2536). รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. (2542). กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พยอม อิงตานูวัฒน์. (2526). ศัพท์ทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- เพชร อีน้อม. (ก.ค.-ส.ค. 2531). ความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตชุมชน, 9, 16-18.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. (2539). วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เทพการพิมพ์.
- ไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร. (2533). จิตเวชศาสตร์เล่มที่ 2. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิตย์. (2539). จิตเวชศาสตร์รามาชินดี. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: การวิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13(1), 19-25.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: ปัญหาและแนวคิดในการวิจัย. วารสารพยาบาลรามาชินดี, 2(1), 84-93.
- ยุวดี ภาขา และคนอื่นๆ. (2537). วิจัยทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : สยามศิลป์การพิมพ์จำกัด
- วรกช นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วรรณทนา สุกสีมานนท์. (2540). ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์. วารสารคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 5(2), 9-16.

- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2538). ภาวะในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(14), 33-37.
- วิวัฒน์ ยภาภูตานนท์. (2536). คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด จี เจ พรินติ้ง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ. (2538). รายงานการวิจัยเรื่อง ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2536). คู่มือจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2527). แนวคิดพื้นฐานทางการแพทย์จิตเวช. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ สมปอง.
- สุวัทนา อารีพรรค. (2524). ความคิดปกติทางจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยา ผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อติรัตน์ วัฒนไพลิน. (2539). อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม กระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่แสดงอาการ: การศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการวิจัยและการพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัมพร โอตระกูล. (2538). สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : นำอักษรการพิมพ์.
- อุบล นิวัติชัย. (2527). หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์.
- Alen Lipton & Robert Cancro. (1995). Comprehensive Textbook of Psychiatry. (VI). 30th Aniversary Editor Sixth Edition Volume 1.

- Antonovsky, A. (1987). Health, stress and coping. California: Jossey-Bass Publishers.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th ed.) Washington D.C. : Amercian Psychiatric Press.
- Bailey, R., & Clarke, M. (1989). Stress and coping in nursing. London : Chapman and Hall.
- Baker, F.A. (1989). Living with a chronically ill Schizophrenic can place great stress on individual family members and the family unit: How Families Cope: Journal of Psychosocial Nursing, 27(1), 31-35.
- Barry, P.D. (1989). Psychosocial nursing assessment and intervention Care of the physically ill person. (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- _____. (1998). Mental health and mental illness. (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Clarke, M. (January, 1984). Stress and Coping: Constructs for Nursing. Journal of Advanced Nursing, 91, 3-13.
- Dornbos, M. M. (1997). The Problems and Coping Methods of Caregivers of Young Adults with Mental Illness. Journal of Psychosocial Nursing, 35, 22-26.
- Eakes Georgene G. (1995). Chronic Sorrow : The Lived Experience of Parents of Chronically Mentally Ill Individuals. Archives of Psychiatric Nursing. Vol. IX, No.2 (April), 77-84.
- Frain, M. & Valiga, T.H. (1981). The multiple dimension of Stress. In D.C. Suterly & G.F. Donnelly. (Eds.). Copying with Stress a nursing perspective. pp. 59-68. London: An Aspen.
- Garland, L.M. & Bush, C.T. (1982). Coping Behavior and Nursing. Virginia : Reston Publishing Co.
- Goldberger, L.S. & Breznitz. (1982). Handbook of Stress Theoretical and Clinical Aspects. New York: The free Press A Division of Macmillan Inc.
- Goldstein, V., Regnery, G., & Wellin E. (1981). Cartaker role fatigue. Nursing outlook, 1, 24-30.
- Hamdy, R.G., et al. (1997). Alzheimer's disease: a handbook for caregivers. St. Louis: Mosby-Year book.

- Hughes, C.B., & Caliandro, G. (1996). Effect of social support, stress and level of illness on caregiving of children with AIDS. Journal of Pediatric Nursing : Nursing Care of Children & Family, 11(6), 347-358.
- Iwing, L.J. (1984). The Psychological Aspects of Cancer. New York: McGraw-Hill Book.
- Johnson Babara Schoen. (1997). Adaptation and Growth Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia. New York : Lippincott.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and coping. New York : Springer Publishing Company.
- Lubkin, I.M. (1995). Chronic illness : impact and Intervention. (3rd ed.) Boston : Jone and Bartlett Publishers, Inc.
- Luckman, J. & Sorensen, C.K. (1984). Medical-surgical nursing : a psychophysicologic approach. Philadelphia : W.B. Saunders.
- McCubbin, M.A. & McCubbin, H.I. (1987). Family Stress theory and assessment : The Double ABCX Model of Family adjustment and adaptation In H.I. McCubbin and A.I. Tompson (Eds.). Family assessment inventories of research and practice. (pp.1-32). Madison, Winconsin : University of Wisconsin-Madison.
- McCubbin, M.A. & McCubbin, H.I. (1993). Family coping will illness : The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation In C.B. Panielson, B. Itamel-Bissel. & P. winstead-Fry (Eds.). Family, health & illness : Perspective on coping and intervention. (pp.21-227). St.Louis : Mosby.
- Murray, B.R. and Huelskoetter, W.M. (1991). Psychiatric Mental Health Nursing Giving Emottional Care. (3rd ed). California: Appleton's Lange.
- Miller, I.F. (1983). Coping with chronic illness overcoming powerlessness. Philadelphia: F.A. Devis Company.
- Miller & Keane. (1983). Principle and Practice of Psychictric Nursing. London: The CV. Mosby Company.
- Oberst, T.M., Tomas, E.S., Gass, A.K., & Word, E.S. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. An International Journal for cancer care, 12(4), 209-215.

- Orem, D.E. (1991). Nursing Concepts of Nursing Practice. (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Parker, A.B. (1993). Living with Mental Illness: The family as Caregiver. Journal of Psychosocial Nursing, 31, 19-21.
- Petternelj-Taylor, A.C. (1993). Living with Mental Illness Professional : Family Collaboration. Journal of Psychosocial Nursing, 31, 22-27.
- Rawlins, R.P., Williams, S.R. & Beck, C.K. (1993). Mental Health P(sychiatric Nursing : A Holistic Life-Cycle Approach. (3rd ed.). St.Louis : Mosby.
- Rose, E.L. (1996). Families of Psychiatric Patients: A Critical Review and Future Research Direction. Archives of Psychiatric Nursing, 10(2), 67-76.
- Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R. (1981). The Health-related function of Social Support. Journal of Behavior Medicine, 4, 381-406.
- Selye, H. (1976). The Stress of life. (Rev. ed.). New York: McGraw Hill Book.
- Stuterley, D.C. & Donelly, G.F. (1982). Coping with Stress. London: An Aspen Publication.
- Tsuang, M.T. (1982). The Fact Schizophrenia. London : Oxford University.
- Webber, R.P. (1990). Basic Content analysis. (2nd ed.). California: Sage Publish Inc.
- Yager, M. I. (1989). Clinical Manifestations of psychiatric disorders In H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Eds). Comprehensive text book of psychiatric/Volume 1. (5th ed.). Baltimer: Williams & Wilking.



ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขาใจ สัทธิมงคล

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. นายแพทย์ประยุक्त เสรีเสถียร

ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิต เขต 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข.

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉันชื่อ นางเอื้ออารีย์ สาริกา เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

ในการตอบแบบสัมภาษณ์นี้จะไม่มีการตอบที่ถูกหรือผิด ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำไปใช้ในการวางแผนการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผล กระทบใดๆ ต่อท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยและภายหลังเกิดเปลี่ยนใจ ท่านมีสิทธิที่จะถอนตัว โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ และข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมด จะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยโดยรวม

ในระหว่างเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใดๆ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลา และขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เอื้ออารีย์ สาริกา

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดียอมรับเข้าร่วมการวิจัย

ลายเซ็น.....

.....

วัน/เดือน/ปี.....

ภาคผนวก ก.
แบบสัมภาษณ์ในการวิจัย

- คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มี 4 ตอน คือ
- ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
- ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท
- ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ลักษณะความเครียดที่ปรากฏต่อผู้ดูแลและการเผชิญความเครียด
-

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

เติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงตามลักษณะที่เป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปีเดือน
3. อาชีพ () รับราชการ () พนักงานบริษัท ธนาคาร () ค้าขาย
() เกษตรกร () รับจ้างรายวัน () อื่นๆ ระบุ.....
- :
:
:
8. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย (นับจากวันที่เริ่มดูแล)ปีเดือน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

เติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงตามลักษณะที่เป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปีเดือน
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วยปีเดือน (เริ่มมีอาการตั้งแต่.....)
4. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย การอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและการได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลนั้น มีสถานการณ์ต่อไปนี้ ปรากฏต่อท่านหรือไม่ และท่านรู้สึกเครียดเกี่ยวกับเรื่องๆ ดังกล่าวในระดับใด

สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด	ไม่ปรากฏ สถานการณ์	ท่านรู้สึกเครียดในระดับใด				
		ไม่ เลย 0	เล็ก น้อย 1	ปาน กลาง 2	มาก 3	มาก ที่สุด 4
1. การดูแลเรื่องอาหารของผู้ป่วย						
2. การดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย						
3. การดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกาย						
4. การดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วย						
5. การดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย						
:						
:						
:						
:						
41. การที่ท่านมีเวลาว่างที่เป็นส่วนตัวน้อยลง						
42. การที่ท่านมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงหรือเพื่อนบ้าน น้อยลง						
43. การที่ท่านมีเวลาร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง						
44. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและญาติพี่น้อง ห่างเหินไป						
45. ความพึงพอใจในครอบครัวลดลง						

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ลักษณะความเครียดที่ปรากฏต่อผู้ดูแลและการเผชิญความเครียด

จากการที่ท่านต้องเผชิญความเครียดในสถานการณ์ต่างๆ ดังได้กล่าวข้างต้น ท่านพบว่าลักษณะของความเครียดของท่านที่ปรากฏเป็นอย่างไร

ความเครียดที่ปรากฏ

.....อยู่ไม่สุข

.....ใจสั่น

.....กระวนกระวาย

.....อ่อนเพลีย

.....นอนไม่หลับ

.....ความคิดสับสน

.....หงุดหงิดง่าย อารมณ์เสื่อง่าย

และท่านทำอย่างไรเมื่อเกิดความเครียดดังกล่าว กรุณาตอบทุกวิธีที่ท่านปฏิบัติ

.....
.....

ประวัติผู้วิจัย



ชื่อ นางเอื้ออารีย์ สาริกา

วัน เดือน ปีเกิด 16 พฤษภาคม 2497

สถานที่เกิด จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พ.ศ. 2516-2519
ประกาศนียบัตรเทียบเท่าอนุปริญญาพยาบาล
ผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2535-2536
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง รุ่นที่ 5)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2539-2542
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กลุ่มงานการพยาบาล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6