

ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ศุพัตรา บำรุงจิตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มกราคม 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ สุพัตรา บำรุงจิตร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน  
(ดร.เขมรดี มาสิงบุญ)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)

..... กรรมการ  
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย  
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาท ความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ หัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณพ่อ แม่ และครอบครัว รวมถึงพี่น้องตึกงามจรีและตึกผู้ป่วยนอก เพื่อน ๆ รหัส 56 สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัย เป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแก่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

สุพัตรา บำรุงจิตร

56920191: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท/ ความผาสุกทางใจ/ การรับรู้ภาวะในการดูแล/ ความหวัง

สุพัตรา บำรุงจิตร: ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (FACTORS PREDICTING PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D., ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์, Ph.D. 91 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ความผาสุกทางใจเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผาสุกทางใจ และปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 120 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความหวัง และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 71.74, SD = 9.27$ ) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้ภาวะในการดูแลและความหวัง สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 27 ( $R^2 = .27, F = 21.69, p < .001$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้สูงสุด คือ การรับรู้ภาวะในการดูแล ( $\beta = -.334, p < .001$ ) รองลงมาคือความหวัง ( $\beta = .226, p < .05$ )

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการออกแบบจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการเสริมสร้างความหวัง และลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

56920191: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING, M.N.S.  
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: SCHIZOPHRENA CAREGIVERS/ PSYCHOLOGICAL WELL-BEING/  
CAREGIVER BURDEN/ HOPE

SUPATTRA BAMRUNGJITE: FACTORS PREDICTING PSYCHOLOGICAL  
WELL-BEING AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.

ADVISORY COMMITTEE: DUANGJAI VATANASIN, Ph.D., PORNPAT HENGUDOMSUB,  
Ph.D. 91 P. 2018.

Psychological well-being is an important health indicator for caregivers of patients with schizophrenia that effect to schizophrenic care. The purposes of this predictive correlational study were to investigate psychological well-being and its predicting factors among 120 caregivers of patients with schizophrenia in Sakaeo Rachanakarindra Psychiatric Hospital. The sample was selected by using simple random sampling technique. Data were collected by using self-report questionnaires regarding personal information, psychological well-being, self-efficacy specific to caring for schizophrenic patient, caregiver burden, hope and social support. Descriptive statistics, and stepwise multiple regression analysis were employed to analyze the data.

It was found that psychological well-being of caregiver was at a moderate level ( $\bar{X} = 71.74, SD = 9.27$ ). Results of stepwise multiple regression analysis revealed that caregiver burden and hope together could explain 27 percent of variance of caregivers' psychological well-being ( $R^2 = .27, F = 21.69; p < .001$ ). The most significant predicting factor was caregiver burden ( $\beta = -.334, p < .001$ ) followed by hope ( $\beta = .226, p < .05$ ).

Results of this study provide useful information for health care providers to design intervention programs to promote psychological well-being of caregivers of patients with schizophrenia by enhancing their hope and reducing caregiver burden.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	8
ขอบเขตการวิจัย .....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	12
ผู้ป่วยจิตเภท .....	12
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	19
ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	23
ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	36
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย .....	38
การตรวจคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	45
4 ผลการวิจัย .....	46
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	46

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล.....	56
สรุปผลการวิจัย.....	56
อภิปรายผลการวิจัย.....	57
ข้อเสนอแนะ.....	61
บรรณานุกรม.....	62
ภาคผนวก.....	69
ภาคผนวก ก.....	70
ภาคผนวก ข.....	73
ภาคผนวก ค.....	77
ภาคผนวก ง.....	87
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	91

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	47
2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท.....	49
3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความพึงพอใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท .....	51
4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม...	52
5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	54
6 ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	54



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	9

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังและเป็นภาระในการดูแล จากสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ล้านคนทั่วโลก (กรมสุขภาพจิต, 2556) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจ พบว่าปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยจิตเวช 1,082,407, 1,070,206 และ 1,109,183 ราย ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 168,251, 268,293 และ 231,908 รายตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับสถิติผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ที่ให้บริการเฉพาะทางด้านจิตเวช พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2559 จำนวน 12,514, 11,502 และ 9,636 รายคิดเป็นร้อยละ 35.56, 35.74 และ 34.51 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2559) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับแรกโดยคิดเป็น 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม มีลักษณะสีหน้าเฉยเมยมีอารมณ์ที่แตกต่างจากคนทั่วไป สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ไม่พูด แยกตัวจากสังคม มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง โดยมีการดำเนินโรค 4 ระยะ คือ ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องทางด้านความคิด ด้านสังคม หรือการเคลื่อนไหว ระดับเล็กน้อย ระยะเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะไม่ดูแลตนเอง เริ่มมีพฤติกรรมแปลก ๆ มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า เก็บตัว หมกมุ่น หวาดระแวง การแสดงออกของอารมณ์ลดลง หรือไม่เหมาะสม อาการเริ่มค่อยเป็นค่อยไปไม่แน่นอนจะอยู่ระหว่าง 2-5 ปี จนกระทั่งเข้าสู่ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ซึ่งเป็นระยะที่มีอาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดเจนคือ อาการหลงผิด หูแว่ว วุ่นวาย ก้าวร้าว บางรายรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง และทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ ซึ่งความรุนแรงของอาการในระยะนี้มักจะทำให้ญาติตัดสินใจพาผู้ป่วยมารับการรักษา และระยะสุดท้ายคือ ระยะที่มีอาการหลงเหลือ (Residual phase) โดยผู้ป่วยอาจมีอาการประสาทหลอน หลงผิด หลงเหลืออยู่บ้าง แต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตไม่มากนัก ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษา พื้นฟูอย่างคัมภีร์จะกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดอาการทางจิต และควบคุมอาการทางจิตให้สงบลงโดยเร็ว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทรักษาตัวในโรงพยาบาลมีระยะเวลาด้านล่าง และเน้นการดูแลที่บ้านมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ในขณะที่ยังมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ทำให้การเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้านของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างมาก (รักสุดา กิจอรุณชัย, 2555) ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาการปรับตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเนื่องจากยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ซึ่งมักพบว่า มีการรับรู้ความคิด หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี มีภาวะถดถอยลงเรื่อย ๆ ควบคุมตนเองไม่ได้ บกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง บางรายมีพฤติกรรมการดื่มสุรา และใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งทำให้มีการป่วยซ้ำ ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550) จากสถิติของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ (Relapse) ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ในปี พ.ศ. 2556-2558 ร้อยละ 4.1, 4.4 และ 3.3 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์, 2559) ซึ่งการกลับมาป่วยซ้ำทำให้การรักษาต้องใช้ยาในปริมาณเพิ่มขึ้นจากเดิม อาจเกิดอาการข้างเคียงจากยา (รักสุดา กิจอรุณชัย, 2555) ทำให้สูญเสียสมรรถภาพด้านต่าง ๆ มีภาวะถดถอยและคุณภาพชีวิตลดลง (Drake & Mueser, 2002) ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวัน (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงกลายเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ และทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภททั้งในขณะที่มีอาการกำเริบ และในระยะฟื้นฟูสภาพเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างผาสุก

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และทำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน มะลิวัลย์ พวงจิตร, 2553) ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การรักษาอนามัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การระคับระคองด้านจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ช่วยเพิ่มศักยภาพในการประกอบอาชีพ หรือคอยช่วยเหลือเมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น (ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2556) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน และต่อเนื่อง มักมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม รู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทการดูแล และมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ร่างกายทรุดโทรม (Adamec, 1996) และส่งผลต่อจิตใจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเบื่อหน่าย เครียด

วิตกกังวล (มยุรี กัลป์วณิช, พงจจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชวัลลี และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2552) เกิดความท้อแท้สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เกิดความรู้สึกลัวกลัวกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรง ซึ่งไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995) โดยผู้ดูแลรู้สึกเครียด และรู้สึกผิดที่ตนเองแสดงพฤติกรรมหงุดหงิดใส่ผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม (Ferriter & Huband, 2003) หรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ขาดรายได้ มีปัญหาด้านการเงิน และค่าใช้จ่ายในครอบครัว (Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrababaki, 2015) สัมพันธภาพในครอบครัวแย่ลง มีความขัดแย้งมากขึ้น และเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต (รักสุดา กิจอรุณชัย, 2555) ส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และไม่พอใจกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยลดลง (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์, 2546) และบางครั้งไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดูแลต่อที่บ้าน จากการสำรวจพบว่า ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 58.33 ไม่เคยมาเยี่ยมผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ (จันจิลา ดวงสลัด และสมศักดิ์ ภูมิจีน, 2547) ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกเป็นภาระและไม่อยากดูแลผู้ป่วยซึ่งการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานยังทำให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจค่อนข้างต่ำ โดยการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ มีความผาสุกทางใจในระดับปานกลาง (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต มีเวลาส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาพบปะเพื่อนฝูง รวมถึงไม่สามารถร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ในสังคมได้ (Eakes, 1995; Thompson et al., 1993) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต และมีความผาสุกทางใจค่อนข้างต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) เป็นความสมดุลของสภาวะจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยบุคคลที่มีความผาสุกทางใจจะมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและรู้สึกมีความสุข ความผาสุกทางใจประกอบ ด้วยความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health) ความมีชีวิตชีวา (Vitality) ความรู้สึกเป็นสุข (Positive well-being) การควบคุมตนเอง (Self control) และความรู้สึกด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล (Anxiety) ความซึมเศร้า (Depression) (Dupuy, 1977) โดยบุคคลที่มีความผาสุกทางใจ มักมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองว่าแข็งแรงดี สามารถควบคุมหรือจัดการกับอาการ ความผิดปกติ หรือโรคได้เป็นอย่างดี รู้สึกมีชีวิตชีวา มีความสุข ไม่มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผาสุกทางใจจะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี ไม่เจ็บป่วยหรือควบคุมโรคได้ดี รู้สึกมีชีวิตชีวา มีความสุข ไม่มีความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ร่วมกับ

สามารถควบคุมตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ดูแลที่มีความผาสุกทางใจสูงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทได้ดี มีความพร้อมรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีการจัดการในปัญหาที่ดี และสามารถปรับตัวได้ดี ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบและสามารถใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) แต่จากการศึกษาลับพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์มีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) ซึ่งหากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรม หรือ โปรแกรม เพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางใจของผู้ดูแลให้สูงขึ้นได้ ก็จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ความผาสุกทางใจเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีปัจจัยหลากหลายมาเกี่ยวข้อง ซึ่งการส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลให้เพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจอย่างถ่องแท้ จึงจะสามารถจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อจัดกระทำกับตัวแปรที่มีผลต่อความผาสุกทางใจค่อนข้างมาก อันจะเป็นการช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางใจของผู้ดูแลให้เพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่หลากหลายมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ความเป็นปราชญ์โดยรวม ( $r = .19, p < .01$ ; ปิยะกมล วิจิตรศิริ, 2555) และการมองโลกในแง่ดี ( $r = .203, p < .001$ ; ปนัดดา มหิตานุกาภาพ, 2555) มีความสัมพันธ์ระดับน้อยกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .728, p < .001$ ; พิศมัย สิริโรตมรัตน์, 2553) นอกจากนี้ที่ผ่านมามีพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ( $r = .414, p < .01$ ; นุชจรี อิมมาก, 2552) สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังพบค่อนข้างน้อย โดยพบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $r = -.81, p < .05$ ; Gupta, Solanki, Koolwal, & Gehlot, 2014) ส่วนความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความผาสุกทางใจของประชากรกลุ่มต่าง ๆ แต่ยังไม่พบว่าการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อย ซึ่งการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมิน และวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างครอบคลุมต่อไป

จากกรอบแนวคิดความผาสุกทางใจของ Dupuy (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่สามารถจัดกระทำได้ และมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Self-efficacy specific to caring for schizophrenic patients) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นหรือการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความสามารถของตนเอง กระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้ดีขึ้น (ฉนิภา เศษอุดมไพศาล, 2557) หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจในเรื่องต่าง ๆ ทั้งการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา ต่อเนื่อง (ภัทรภรณ์ ท่งปิ่นคำ, 2556) เพื่อลดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสุข ภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น ความเครียดลดลง มีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .728$ ;  $r = .330, p < .001$ ) (พิศมัย สิโรตมรัตน์, 2553; ยุพา ทองสุข, 2559) ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้ภาระในการดูแล (Caregiver burden) เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล แบ่งเป็นภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแล ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล จากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล และภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้ภาระที่เกิดจากความยุ่งยากใจ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันในกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล (Montgomery, Gonyea, & Hooy, 1985) ซึ่งภาระการดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาระการดูแลมากมักรู้สึกยากลำบาก ทุกข์ใจ วิตกกังวล เครียด เหนื่อยล้า (มยุรี กลับบงษ์ และคณะ, 2552) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตลดลง (Doornbos, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ภาระในการดูแลเชิงปรนัย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.526, p < .05$ ) (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) และภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $r = -.81, p < .05$ ) ดังนั้นการรับรู้ภาวะในการดูแลจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความหวัง (Hope) เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคตโดยแสดงออกมาในลักษณะของความคิด ความรู้สึก การกระทำ และความคาดหวังในทางบวก โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวัง และปรารถนาจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Herth, 1992) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังจะสามารถเผชิญกับปัญหาที่มาคุกคามทั้งในปัจจุบัน และอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเครียด และความวิตกกังวล ส่งผลให้มีความผาสุกทางใจ (Dufault & Martocchio, 1985) ความหวังเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลที่กำลังเผชิญอยู่กับสิ่งที่มาคุกคามอยู่นั้นคิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่รุนแรงเกินไป เกิดพลังกำลังใจ และความเข้มแข็งอดทนมีความเชื่อมั่นต่อผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ว่ามีโอกาสประสบความสำเร็จตามที่ตนเองคาดการณ์ไว้ จากการศึกษาพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .553, p < .05$ ) (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) ดังนั้นความหวังจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่แสดงออกถึงความรักความผูกพันรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์จากผู้อื่น แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการให้ความรักและความผูกพัน ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ด้านการได้รับการช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารและการให้คำแนะนำ (Brandt & Weinert, 1985) การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวต่อความเครียด และสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตช่วยลดและควบคุมความรุนแรงของปัญหาได้ (นัทธมนต์ นิมสุข และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, 2557) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม รับรู้ถึงความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน รู้สึกมั่นคง ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี (แก้วตา มีศรี และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, 2555) นอกจากนี้การได้รับความรักความเอาใจใส่ และการมีส่วนร่วมในสังคม ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความผาสุกทางใจได้เช่นกัน (นุชจรี อิมมาก, 2552) จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .712, p < .001$ ) (พิสมัย สิโรตมรัตน์, 2553) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งของกำลังใจช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องเผชิญกับปัญหาจากการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างดี โดยการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับแก่คนในครอบครัว และสังคม ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลา ยาวนานต่อเนื่อง มักส่งผลกระทบต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ รู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ในการดูแล รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน และไม่ยอม มาเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และมีความผาสุกทางใจค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง ซึ่งหากผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจสูงจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีความสุข และสามารถให้การดูแล ผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี การทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท เป็นสิ่งที่จะช่วยให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถวางแผนการพยาบาล หรือเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้กับผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชน อันเป็นการช่วยลดอาการกำเริบของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นความรู้ที่ช่วยในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อ เสริมสร้างความผาสุกทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ อย่างเต็มที่ อันเป็นการช่วยลดหรือชะลออัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทลง ส่งผลให้ทั้งผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งสองฝ่าย ดังนั้นปัจจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจนถึงเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จึงมีความสนใจศึกษาอิทธิพลของ ปัจจัยคัดสรรต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำ ความรู้ความเข้าใจดังกล่าวมาเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทาง ใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้นและสามารถให้การดูแลผู้ป่วย จิตเภทได้เป็นอย่างดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง



ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาวะในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม

### สมมติฐานการวิจัย

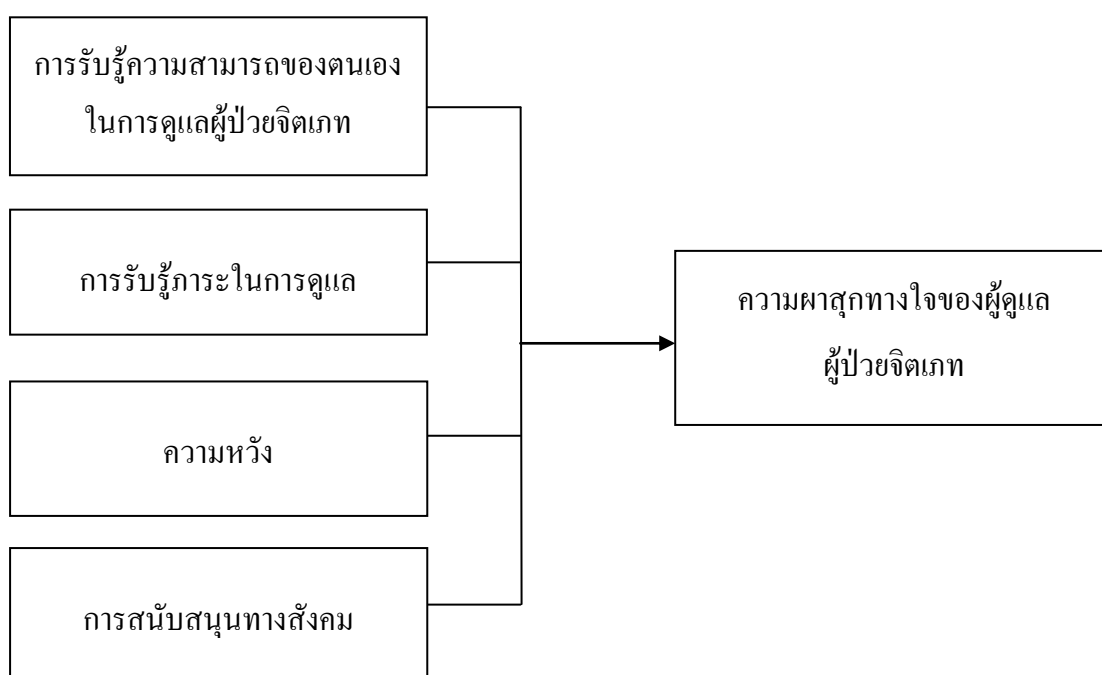
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาวะในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษานี้มีมาจากแนวคิดความพึงพอใจของ Dupuy (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Dupuy (1977) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความสมดุลของสภาวะจิตใจ ของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยบุคคลที่มีความพึงพอใจจะมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเองและรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจประกอบด้วย ความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health) ความมีชีวิตชีวา (Vitality) ความรู้สึกเป็นสุข (Positive well-being) การควบคุมตนเอง (Self control) และความรู้สึกด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล (Anxiety) ความซึมเศร้า (Depression) ถ้าผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูง จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี รู้สึกมีชีวิตชีวา มีความสุข และอยากให้การดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการอาการของโรคได้ ไม่มีความวิตกกังวล หรือซึมเศร้า และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และไม่มีอาการกำเริบ ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างเป็นสุข และมีสุขภาพชีวิตที่ดี

แนวคิดความพึงพอใจของ Dupuy (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาวะในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีสมมติฐานว่า ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูง จะเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี และประสบความสำเร็จในการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะรู้สึกมีความสุข ปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาในการดูแล และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ความวิตกกังวล และความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพโดยรวมดี และมีความพึงพอใจสูง ส่วนผู้ดูแลที่มีภาวะการดูแลสูง มักจะรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน ภาวะสุขภาพทรุดโทรม รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่เป็นสุข ไม่มีชีวิตชีวา บางครั้งอาจมีความวิตกกังวล และซึมเศร้าร่วมด้วย ส่งผลให้ความพึงพอใจต่ำ ส่วนความหวังเป็นความคาดหวังของตนเองที่มีต่ออนาคต ถ้าบุคคลมีความหวังก็จะรู้สึกมีกำลังใจ

ในการทำหน้าที่ของตนเอง รู้สึกเป็นสุขและมีความสุขทางใจสูง นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นสูงจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม รู้สึกชีวิตมีความสุข มีชีวิตชีวา ไม่ถูกทอดทิ้งเมื่อเกิดสถานการณ์ต่าง ๆ ขึ้นก็จะมีผู้ให้การช่วยเหลือ หรือสนับสนุนทำให้ผ่านอุปสรรคไปได้ จึงไม่รู้สึกวิตกกังวล หรือซึมเศร้า รวมทั้งมีความสุขทางใจสูง โดยความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสุขทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 120 คน ในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามองค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) ว่าเป็นโรคจิตเภทและมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic caregiver)** หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ทำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่รับค่าตอบแทน

**ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being)** หมายถึง ความสมดุลของสภาวะจิตใจ และการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยบุคคลที่มีความผาสุกทางใจจะมีความรู้สึกพึงพอใจตนเองและมีความสุข ความผาสุกทางใจประกอบด้วย ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความรู้สึกเป็นสุข การควบคุมตนเอง และด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (Dupuy, 1977) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางใจของ Dupuy (1977) แปลเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ และพรณวดี พุทธิวัฒน์ (2532)

**การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Self-efficacy specific to caring for schizophrenic patients)** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Bandura, 1997) ประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นโดย สุนันทา นวลเจริญ (2553) ภายใต้กรอบแนวคิดของ Bandura (1997)

**การรับรู้ภาระในการดูแล (Caregiver burden perception)** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เกิดการเจ็บป่วย และรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม แสดงถึงความหนักใจ เกิดความกดดัน ความเครียด ความเคียดแค้น การรับรู้ภาระในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ทักษะคิด หรือปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเคียดแค้น อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ และ 2) การรับรู้ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ หรือความรับผิดชอบในการดูแลโดยตรง เช่น ความเป็นอิสระ เวลาเป็นส่วนตัว และเวลาทำกิจกรรมในสังคมลดลง

(Montgomery et al., 1985) ประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่พัฒนาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

**ความหวัง (Hope)** หมายถึง เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคต โดยแสดงออกมาในลักษณะของความคิด ความรู้สึก การกระทำ และความคาดหวังในทางบวก โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวัง และปรารถนาจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Herth, 1992) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความหวัง แปลเป็นภาษาไทยโดย เรณูการ์ ทองคำรอด (2541) ตามแนวคิดของ Herth (1992)

**การสนับสนุนทางสังคม (Social support)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความรักความผูกพัน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์จากผู้อื่น แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการให้ความรักและความผูกพัน ด้านการรับรู้ตัวตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ด้านการได้รับการช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารและการให้คำแนะนำ (Brandt & Weinert, 1985) ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire [PRQ 2000]) ส่วนที่ 2 ของ Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประภาศรี ทุ่งมีผล (2548)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ความผาสุกทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ต่าง ๆ อาการเริ่มค่อยเป็นค่อยไป โดยมีลักษณะเปลี่ยนไปจากเดิม ไม่ดูแลตนเอง มีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง เริ่มมีพฤติกรรมแปลก ๆ ลักษณะสีหน้าเฉยเมย มีอารมณ์ที่แตกต่างจากคนทั่วไป สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ไม่พูด แยกตัวจากสังคม มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง เป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่อาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 0.3-0.7 จากการศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของโรค ร้อยละ 0.88 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 มักเริ่มเป็นตั้งแต่วัยหนุ่มสาวและวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาการป่วยประมาณ 30-34 ปี และมักพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคนี้ จะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป จากคนทั่วไป มีอาการจำเพาะของผู้ป่วยเรียกว่ากลุ่มอาการทางบวก และกลุ่มอาการทางลบ สำหรับกลุ่มอาการทางด้านบวก (Positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดคุยแบบไม่มีแบบแผน มีความคิดไม่ต่อเนื่องในเรื่องเดียวกัน หรือมีพฤติกรรมแบบหุนหันพลันแล่น สำหรับอาการทางด้านลบ (Negative symptoms) เป็นอาการที่ขาดในสิ่งที่บุคคลควรมี ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา โดยลักษณะอาการดังกล่าวจะต้องมีต่อเนื่องกัน เป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือน มีอาการร่วมกันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป และมีระยะเวลาของอาการที่มีความผิดปกติต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หรืออาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล โดยภายใน 6 เดือนนี้ ต้องมีอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบตามเกณฑ์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน จนทำให้มี

ความบกพร่องในการทำหน้าที่ การดำเนินชีวิต การทำงาน ทั้งนี้การวินิจฉัยโรคจิตเภทต้องแยกออกจากโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน และโรคทางอารมณ์ที่มีอาการโรคจิตไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางกายนาน การเคลื่อนไหวผิดปกติ ไม่ดูแลตนเอง สัมพันธภาพลดลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยการซักประวัติ สังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจสภาพจิต รวมถึงการซักประวัติจากผู้ดูแลกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ โดยใช้การจำแนกโรคหรือความคิดผิดปกติทางจิต ปัจจุบันมีการจำแนกความคิดผิดปกติทางจิตเป็น 2 ระบบ คือ

#### 1. การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก

(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10])

(สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541) ประกอบด้วย

1.1 มีความผิดปกติทางความคิด เสียงสะท้อนจากความคิด (Thought echo) ความคิดถูกสอดแทรก (Thought insertion) ถูกถอดความคิด (Thought withdrawal) หรือความคิดแพร่กระจายสู่ภายนอก (Thought broadcasting)

1.2 มีความคิดหลงผิดว่าถูกควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ขา ความคิด การกระทำ โดยอิทธิพลภายนอก หรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะ และมีการรับรู้ที่ผิดปกติ (Delusion perception)

1.3 ความคิดหลงผิดฝังแน่น ซึ่งไม่เข้ากับวัฒนธรรมความเชื่อถือของคนทั่วไป หรือไม่มีทางเป็นไปได้ เช่น ความคิดหลงผิดเกี่ยวกับศาสนา การเมือง อำนาจและความสามารถเหนือมนุษย์

1.4 มีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อย ๆ ประสาทหลอนฝังแน่น อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย ประสาทหลอนที่พบได้บ่อย ๆ คือ ประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางผิวหนัง ประสาทหลอนทางกลิ่น ประสาทหลอนทางจุก ส่วนที่พบได้บ่อยคือประสาทหลอนทางหู อาการนี้มีทุกวันอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

1.5 ความคิดไม่ต่อเนื่อง พุดจาจกวนไม่ตรงประเด็น หรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง (Neologism)

1.6 มีพฤติกรรมแบบไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมาก เช่น งุ่นง่านผิดปกติ วางท่าแปลก ๆ ทำตนเองเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง ต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างไร

1.7 มีอาการในทางลบ (Negative symptoms) เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมย หรือไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง

1.8 มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน คิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน (ถ้าอาการไม่ชัดเจนนัก ต้องมี 2 อาการหรือมากกว่า) ตามข้อต่าง ๆ ดังกล่าวจาก 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการจากข้อ 5 ถึงข้อ 8 และมีอาการอยู่เกือบตลอดเวลา อย่างน้อย 1 เดือน

2. การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition [DSM-5]) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ประกอบด้วย

2.1 มีอาการเหล่านี้ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ

2.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความผิดปกติทางด้านความคิด ได้แก่ หลงผิดคิดว่าคนปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าคนนิทาว่าร้ายตนเอง เช่น ชาวในโทรทัศน์มีความเกี่ยวข้องกับตน (Delusion of reference) หรืออาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง ได้แก่ หลงผิดอาการทางกาย หลงผิดด้านศาสนาและความเชื่อ หรือ หลงผิดคิดเป็นใหญ่เป็นโต เป็นต้น

2.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หูแว่ว (Auditory hallucination) ได้แก่ อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน

2.1.3 ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech) เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิด แสดงออกโดยการพูดสนทนา ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสนเข้าใจยาก ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดเวลา ความคิดไม่สมเหตุสมผล ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมแปลก ๆ

2.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Grossly disorganized behaviors หรือ Catatonic behavior) มีพฤติกรรมผิดปกติที่เห็นได้ชัดว่าพิกล ไม่สมเหตุผล เช่น สวมเสื้อหลายตัว ทั้งที่อากาศร้อน เดินเร่ร่อน เป็นต้น

2.1.5 อาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง (Avolition) ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร อาการด้านลบนั้นพบได้ทุกระยะของโรค แต่พบบ่อยในระยะหลังของโรค หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากอาการหลง

ผิดที่มีลักษณะแปลกพิงไม่เข้าใจหรือเป็นไปได้เลย (Bizarre delusion) หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์ วิจรรย์พฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน

2.2 มีความเสื่อมหรือปัญหาด้านสังคม และอาชีพมาก เช่น การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง เป็นต้น

2.3 มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการกำเริบ (Active phase) ตามข้อ A อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) อาจรวมถึงระยะอาการนำ (Prodromal phase) หรือ ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) โดยในช่วงระยะอาการนำหรือระยะอาการหลงเหลือ อาการที่พบอาจเป็นอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการ แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย (เช่น คิดแปลก ๆ หรือมีอาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)

2.4 อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือสารเสพติด

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทั้งสองระบบนี้จะมีความสอดคล้องกัน และมีข้อแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยตามลักษณะอาการ ปัจจุบันประเทศไทยยึดถือเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลกเป็นหลัก ในขณะที่เวชกัมจิตแพทย์ก็จะพิจารณาพร้อมกับเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์แห่งอเมริกันร่วมด้วยเสมอ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ จะได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทจากจิตแพทย์ และระบุรหัสโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ตามที่สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน

#### สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ได้แก่

#### 1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factor)

1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภทพบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภทสูงกว่าประชาชนทั่ว ๆ ไป ยิ่งใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง โรคนี้เกิดจากยีนหลายแห่งร่วมกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ประสาท (Neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่าง ๆ ในระบบประสาท พบอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคในพี่น้อง ร้อยละ 9 คู่แฝดที่เกิดจากไขคนละใบ ร้อยละ 17 และคู่แฝดที่เกิดจากไขใบเดียวกัน พบร้อยละ 48

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) เกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีสื่อประสาทในสมอง สมมติฐานที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานของโดปามีน ที่เชื่อว่า



ผู้ป่วยจิตเภทสาร Dopamin ของสมองทำงานมากเกินไป โดยพบว่าอาการด้านบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของสาร โดปามีน ส่วนอาการด้านลบสัมพันธ์กับการทำงานน้อยลงของสารซีโรโทนิน (Serotonin)

1.3 กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ และพบความผิดปกติของสมอง คือ มีเวนติเคิล (Ventricle) โตกว่าปกติ และเชื่อว่าอาการด้านลบจะสัมพันธ์กับการโตของเวนติเคิล และพบการบกพร่องทางด้านกระบวนการคิดและการรับรู้ (Cognition)

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่ากระแสเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) และกลูโคส เมตาโบลิซึม (Glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ทำให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีการเคลื่อนไหวและอารมณ์ที่ผิดปกติ

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของฮิปโปแคมปัส จนกระทบกระเทือนต่อการตีความเกี่ยวกับความเป็นจริง พบว่าเป็นความผิดปกติ จากการพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปีแรก ที่มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และความไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี เกิดความขัดแย้งในจิตใจ ไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) จากการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ก็คือประชากรที่มีฐานะยากจน ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

### ระยะอาการเจ็บป่วย

1. ระยะเฉียบพลัน (Active phase) เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ ลดอาการ โรคจิตและควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็วจะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป

2. ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการ โดยให้ยาโรคจิตต่อไปอีก 6 เดือน การลดยาเร็วหรือหยุดยาอาจทำให้อาการกำเริบได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น

3. ระยะอาการคงที่ (Stable หรือ maintenance) เป็นระยะที่ให้ยาเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจน จะค่อย ๆ ลดขนาดของยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่ควบคุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้

### การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามความรุนแรงของโรคได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา (Antipsychotic drug treatment) เป็นการใช้ยารักษาอาการทางจิต (Antipsychotic drug) ในการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองที่ผิดปกติ ให้กลับมาอยู่ในระดับปกติ ปัจจุบันยารักษาโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม (มาโนช หล่อตระกูล, 2550) คือ

1.1 ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มเก่า (Conventional antipsychotics) เป็นยารักษาอาการทางจิตที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่จะไปปิดกั้นการทำงานของสารสื่อประสาท ทำให้มีระดับของสารสื่อประสาทโดปามีนลดลง ซึ่งยานี้จะใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการทางบวก แต่จะไม่ได้ผลไม่ค่อยดีนักในผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการทางด้านลบ ได้แก่ Chlorpromazine, Thioridazine, Perphenazine, Fluphenazine, Trifluoperazine, Haloperidol

1.2 ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotics) ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ โดยจะไปปิดกั้นการทำงานของสารสื่อประสาททั้งโดปามีน และซีโรโตนิน ทำให้สามารถควบคุมได้ทั้งลักษณะอาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ ทำให้พบอาการข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่มเดิม แต่อาจราคาสูงกว่ายากลุ่มเดิมจึงต้องเริ่มจากการใช้ยากลุ่มเดิมก่อน เมื่อการใช้ยาเดิมไม่ได้ผลมา 2 ชนิด หรืออาจมีผลข้างเคียงมากจึงพิจารณาใช้ยากลุ่มใหม่ ยากลุ่มนี้ได้แก่ Risperidone, Clozapine, Olanzapine, Quetiapine เป็นต้น

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT]) จะให้ผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท แต่ผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา จะใช้ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่ อาการคลุ้มคลั่งมาก ซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (Catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ

โดยการรักษาด้วยไฟฟ้าทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ห่างกัน 1-2 วัน จำนวนทั้งหมดประมาณ 6-12 ครั้ง

3. การรักษาด้านจิตสังคม (Psycho social therapy) เป็นส่วนที่สำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้อาการจะดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นที่ผู้รักษาต้องคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน

3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคล และบำบัดแบบกลุ่ม บำบัดรายบุคคลมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ โดยใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุด เช่น การบำบัดด้วย CBT เป็นการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วยตนเอง กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ ตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

3.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตัวเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวยังมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง อาจเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัด หรือการให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นข้อดี เนื่องจากเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

3.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

3.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

สรุปในปัจจุบันสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด และการรับรู้ ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทจึงขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ปฏิเสธการเจ็บป่วยและการรักษา ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เกิดอาการกำเริบและป่วยซ้ำ ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบทุกครั้งทำให้ภาวะทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นเรื่อย ๆ จากอาการทางจิตกำเริบและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ แต่ก็ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น อาการประสาทหลอน หลงผิด อาจพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วย หรืออาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราว ในขณะเดียวกันเมื่อแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน ในเรื่องเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาต่อเนื่อง และพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด หรือรับยาแทน พร้อมทั้งส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

### ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ทำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน มะลิวัลย์ พวงจิตร, 2553)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน (Horowitz, 1985 อ้างถึงใน มะลิวัลย์ พวงจิตร, 2553) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ ซึ่งจำแนกตามขอบเขตความรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแล และการให้เวลาในการดูแลดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง โดยมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การดูแลด้านความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย การจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย ได้รับความตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการจัดหารถพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล การประสานกับชุมชนด้านความช่วยเหลือ เป็นต้น โดยอาจปฏิบัติกิจกรรมแทนผู้ดูแลหลักในกรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติอาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักคอยช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ ซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้มุ่งหวังค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล

### บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัว (Family care giving) เป็นกระบวนการที่สำคัญและควรให้ความสนใจ เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่รุนแรงและเรื้อรัง อาการอาจจะค่อยเป็นค่อยไปทำให้สังเกตได้ยาก และมีอาการกำเริบซ้ำของโรคบ่อย ๆ บุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยุ่งยากซับซ้อน อีกทั้งในปัจจุบันได้มีแนวทางรักษาโดยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้กลับบ้านเร็วที่สุด โดยให้อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลหรือครอบครัวในชุมชน บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลและประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติให้นานที่สุด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยจิตเภทพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด และให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมถูกกาลเทศะ การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยจิตเภท ต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การฝึกทักษะทางสังคม ปรับตัวในการเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันความเครียด

3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในคำรักษาพยาบาล ตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้สามารถอยู่ในสังคมและชุมชน ได้ยาวนานขึ้น ไม่มีอาการกำเริบรุนแรง ผู้ดูแลจึงถือว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลในเรื่องต่าง ๆ ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การเข้าสังคม และการเผชิญปัญหา รวมถึงการให้กำลังใจและการดูแลในเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ดังนั้นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแล และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

#### ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ในระยะที่มีอาการกำเริบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแล ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) ไม่มีเวลาในการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง ผู้ดูแลบางรายนอกจากนี้ยังรับผิชอบหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้ากับการดูแล จนสุขภาพเกิดการทรุดโทรม (Adamec, 1996) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้านผู้ดูแลต้องทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเองและผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยจิตเภทขัดขวางการปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สุขสบายทางกาย หรือเกิดอาการเจ็บป่วย (Salleh, 1994)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อย

หน้าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้ผู้ดูแลไม่อยากดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิราพร รักการ, 2549) อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิตทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย เสรีภาพ เสียใจ บางครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลรอบข้างได้รับความปลอดภัย จำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา (Baker, 1989)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ ลดลงทำให้ผู้ดูแลไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง การพบปะเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (Eakes, 1995, Thompson et al., 1993) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลกระทบทางการเงิน และการดำเนินชีวิต รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต (Kardorff et al., 2015)

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยเรื้อรังต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานาน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาทางด้านความคิด และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ลักษณะอาการของโรคมักมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลต้องมีความอดทน เข้าใจ และสามารถตัดสินใจในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จากผลกระทบดังกล่าวอาจรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงส่งผลกระทบต่อความผาสุก

ทางใจลดลงได้เช่นกัน

### ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองทางด้านบวก มีความสมดุลของภาวะสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปดี มีความรู้ และทักษะในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกพึงพอใจ และแสดงออกมาในรูปแบบของความรู้สึกมีความสุข สามารถควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความเครียด หรือซึมเศร้า ชีวิตมีแต่ความสุข มีชีวิตชีวา ไม่มีความวิตกกังวล (Dupuy, 1977) จากแนวคิดความผาสุกทางใจของ Dupuy (1977) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในแต่ละวัน ซึ่งมีทั้งความรู้สึกทางด้านบวก ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจ และแสดงออกมาในรูปแบบของความรู้สึกมีความสุข ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health) ความมีชีวิตชีวา (Vitality) ความรู้สึกเป็นสุข (Positive well-being) การควบคุมตนเอง (Self control) และความรู้สึกทางด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล (Anxiety) ความซึมเศร้า (Depression) โดยบุคคลจะมีความสมดุลของ ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ไม่เครียด มีความสุขในการดำเนินชีวิต สามารถควบคุมตนเองได้ มีความรู้สึกทางบวกมากกว่าทางลบ ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health) จัดเป็นภาวะสุขภาพด้านหนึ่งของความผาสุกทางใจ เนื่องจากการทำงานของร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน โดยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางกาย จะส่งผลกระทบต่อจิตใจด้วย ซึ่งผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดมีความทุกข์ทรมานจนเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Loukissa, 1995) หากเกิดขึ้นบ่อย ๆ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้มีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร่างกายทรุดโทรมลง (Adamec, 1996) และอาการของผู้ป่วยจิตเภท ขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ไม่สุขสบายทางกาย หรือเกิดอาการเจ็บป่วย (Salleh, 1994) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 50.43 (อุษา แก้วอำภา, 2555) เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ความผาสุกทางใจลดลงตามมาด้วย

2. ความมีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้น มีพลังกระตุ้นกระชวย ไม่รู้สึกท้อแท้เหนื่อย มีขวัญและกำลังใจ กลางคืนนอนหลับพักผ่อนเต็มที่ เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย ตื่นนอนมาด้วยความสดชื่น พร้อมสนใจทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็เช่นกัน การที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุ่มเท แรงกายแรงใจในการดูแล ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552)



ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนล้ากับการดูแล จนสุขภาพเกิดการทรุดโทรม ซึ่งบางครั้งร่างกายก็ต้องการการพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อตื่นเข้ามาด้วยความสดชื่นแจ่มใส

3. ความผาสุกในด้านบวกหรือความรู้สึกดี (Positive well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคล มีความพึงพอใจ ชีวิตมีแต่ความสุข ซึ่งบ่งบอกถึงการประสบความสำเร็จในชีวิต เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถทำหน้าที่และรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ มีความภูมิใจในชีวิตมีความรู้สึกมีความสุข มีความมั่นใจในตนเอง ไม่เครียด จึงยังคงความผาสุกทางใจไว้ได้ (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546)

4. การควบคุมตนเอง (Self control) เป็นการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลให้มั่นคงเกิดการปรับตัว ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคได้ ทำให้ความเครียด ความวิตกกังวลลดลง (อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็เช่นกัน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกและการกระทำในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546)

5. ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะที่บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการแสดงออกในลักษณะของความรู้สึกหงุดหงิด เครียด หวั่นวิตก กลัว ประเมินจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดการณ์ว่าน่าจะเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อตนเองมากน้อยเพียงใด อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจอารมณ์ และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความผาสุกทางใจได้ เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องใช้เวลาถึง 24 ชั่วโมงในการดูแล ผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ใจที่อาการของผู้ป่วยถดถอยลงเรื่อย ๆ เป็นภาระที่หนักหนาที่สิ้นสุดไม่ได้ (สายใจ พัวพันธ์, 2553) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความวิตกกังวล ทำให้นอนไม่หลับ ร้อยละ 1.06 (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) และจากการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกผิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง (อุษา แก้วอำภา, 2555) และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 53.8 (นัทธมนต์ นิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557) ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังรู้สึกวิตกกังวลในการรับภาระเป็นผู้ดูแล

6. ความซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะทางจิตใจที่เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง หดหู่ เศร้าหมอง มองโลกในแง่ร้าย โทษตัวเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.64 (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต รู้สึกโกรธ

หรือเครียดอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Ip & Mackenzie, 1998) โดยจากการศึกษาพบว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง (นันทมนต์ นิมสุข และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 2557)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับภาระที่หนักในการดูแล อาจต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมง/วัน ในระยะที่มีอาการกำเริบ (รุจา ภูโพนบูลย์, 2541) ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางกายจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความเครียด มีความทุกข์ทรมาน จนเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง (Loukissa, 1995) รู้สึกเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ 2552) เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ ร่างกายทรุดโทรม ประสิทธิภาพการทำงานลดลง (Montgomery et al., 1985) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหลายด้าน มีแนวโน้มจะมีความ ผาสุกทางใจน้อยลง แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผาสุกทางใจสูงจะรับรู้ว่าตนเอง มีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย หรือควบคุมโรคได้ดี รู้สึกมีชีวิตชีวา มีความสุข ไม่มีความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ร่วมกับสามารถควบคุมตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี มีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างดี มีความพร้อมรับกับสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงไป มีการจัดการกับปัญหา และสามารถปรับตัวอย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถดูแล ผู้ป่วยได้อย่างดี ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ และสามารถใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) และยังพบอีกว่า ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล และตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภททางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความผาสุก ในชีวิตมาก (อรินทร์ จรุงสุทธิ, 2554) จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์มีความผาสุกในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ ยอมรับใน บทบาทของผู้ดูแล มีการปรับตัวที่ดีทำให้มีอารมณ์คงที่ สามารถจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ดำรงความผาสุกทางใจได้ (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้อง ประคับประคองให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในภาวะปกติให้นานที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่ ในการดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลากหลายมาเกี่ยวข้องกับความผาสุกทางใจของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ได้แก่

1. การมองโลกในแง่ดี เป็นลักษณะของการมองโลกในทางบวก ความรู้สึกนึกคิดในด้านดี แสดงออกมาในลักษณะของความสุข จะไม่มีความวิตกกังวลในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้การดำเนินชีวิตอย่างมีชีวิตชีวา ไม่เครียด เกิดความผาสุกทางใจได้ จากการศึกษาพบว่าการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ( $r = .203, p < .001$ ; ปันตคามหิทธานภาพ, 2555)

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึก หรือทัศนคติที่มีต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์กับบุคคลอื่น มีคนนับถือ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ส่งผลให้มีความสุข เกิดความผาสุกทางใจได้ จากการศึกษา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกแรก ( $r = .414, p < .01$ ; นุชจรี อิ่มมาก, 2552)

3. พลังสุขภาพจิต เป็นความเข้มแข็งทางใจ มีความเข้มแข็ง ไม่ย่อท้อ เป็นความสามารถของบุคคลในการกลับมาใช้ชีวิตตามปกติภายหลังจากเจอภาวะวิกฤตในชีวิต (ศุภรัตน์ เอกอัสวิน และเขาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, 2551; เสาวลักษณ์ สุวรรณ ไม้ตรี, 2552) เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีส่งผลต่อความผาสุกทางใจ จากการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวาน ( $r = .543, p < .001$ ; ณัฐภรณ์ จิตรบุตร, 2559)

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การประเมินของบุคคลเป็นองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคมที่สมบูรณ์ ซึ่งมีความสมดุลกัน ถ้ามีการรับรู้สุขภาพที่ดี ส่งผลให้บุคคลไม่เกิดความวิตกกังวล ความเครียดลดลง ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข (รฐาสีรี อิ่มมาก, 2553) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกใจของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ( $r = .129, p < .05$ ; นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน, 2550)

5. ความเป็นปราชญ์โดยรวม หมายถึง บุคคลที่มีความรู้อย่างลึกซึ้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะด้านความคิด ทำให้เกิดประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต เกิดความชำนาญในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถเอาชนะกับความยากลำบากจากการดูแล ส่งผลต่อความผาสุกทางใจให้สูงขึ้นได้ จากการศึกษาพบว่า ความเป็นปราชญ์โดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ( $r = .19, p < .01$ ; ปิยะกมล วิจิตรศิริ, 2555)

6. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน และต่อเนื่องมักมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม รู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทการดูแล และมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ร่างกายทรุดโทรม (Adamec, 1996) และส่งผลต่อจิตใจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเบื่อหน่าย เครียด วิตกกังวล (มยุรี กลับวงษ์ และคณะ, 2552) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจะมีผลต่อการปรับตัว และการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้สามารถรักษาระดับของความผาสุกทางใจไม่ให้หาลดต่ำลงได้ และพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือน มักจะเริ่มยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการปรับตัวที่ดีทำให้มีอารมณ์คงที่ (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) จากการศึกษา พบว่าระยะเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = .260, p < .05$ ; ธีัญญาภรณ์ คาวนพแก้ว, 2547)

7. รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต (Kardorff et al., 2015) ซึ่งบุคคลที่มีรายได้สูงมักมีกำลังทรัพย์ในการดูแลความต้องการของตนเอง ทำให้ตนเองรู้สึกมีความสุข จากการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( $r = .20, p < .05$ ; อรินทร์ จรุงสุทธิ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยที่หลากหลายมาเกี่ยวข้องกับ ความผาสุกทางใจของประชากรกลุ่มต่าง ๆ แต่ยังคงพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความผาสุกทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อยจากการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจ ( $r = -.81, p < .05$ ) ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ ( $r = .553, p < .05$ ; พาศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) ถ้าผู้ดูแลที่มีความผาสุกทางใจสูงจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี มีความพร้อมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและไม่อาจคาดเดาได้ มีการจัดการในปัญหาที่ดี และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการ ประเมิน และวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลให้เพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจอย่าง ต่อเนื่อง จะสามารถจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อจัดการกับตัวแปรที่มีผลต่อความผาสุกทางใจ

อันจะเป็นการช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางใจของผู้ดูแลให้เพิ่มขึ้น

## ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิดความผาสุกทางใจของ Dupuy (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยคัดสรรที่สามารถจัดกระทำได้ และมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**1. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Self-efficacy specific to caring for schizophrenic patients)** การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ หากบุคคลมีความคาดหวังว่าเมื่อปฏิบัติกิจกรรมนั้นแล้วเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ทำให้บุคคลนั้นเริ่มมีความเชื่อมั่นว่าจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมจนประสบความสำเร็จได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลเรียนรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์กับตนเอง แต่หากบุคคลมองการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ คาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอ จะทำให้ตนเองขาดความเชื่อมั่น และไม่มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามเป้าหมายให้สำเร็จได้ และมีแนวโน้มบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีก (Bandura, 1997)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จำเป็นให้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวชี้ให้บุคคลคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำแม้จะมีอุปสรรคเกิดขึ้นก็ตาม ยังเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีความพยายามที่กระทำกิจกรรมให้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสูง การคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นขึ้นอยู่กับ 4 ปัจจัย ได้แก่ (Bandura, 1997) 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อนเชื่อว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน จะมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำกิจกรรมที่เผชิญอยู่จนไปสู่ความสำเร็จได้ 2) การเห็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะทำกิจกรรมนั้น 3) การใช้คำพูดชักจูงจากบุคคลที่มีความไว้วางใจและเชื่อใจสูงทำให้มีแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ 4) สภาพทางกายภาพและการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ หากผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มักจะตัดสินใจหลีกเลี่ยงในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเสมือนแรงจูงใจในตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถสูง ปบงอกถึงการมีแรงจูงใจที่จะแสดง

พฤติกรรมนำไปสู่การกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ให้ประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้เกิดอาการกำเริบ และอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น ไม่กลับมาป่วยซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลไม่มีความเครียด หรือวิตกกังวล เกิดความผาสุกทางใจได้ และในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยมีภาวะถดถอยลงเรื่อย ๆ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่รับประทานยาทำให้ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกกังวล และกลัวกับอาการที่เกิดขึ้น (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550) ทำให้ขาดความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ และนำไปสู่ความล้มเหลวในการดูแล รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .503, p < .001$ ) และเป็นตัวทำนายความผาสุกทางใจได้ดีที่สุด (พิศมัย สิโรตมรัตน์, 2553)

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ นั่นขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหลังจากการกระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ ตามความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนเอง และคาดหวังผลลัพธ์ที่ตามมา เป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความกระตือรือร้น พยายามจะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จมากขึ้น ลดความเครียดและความวิตกกังวลลงเมื่อเจอกับเหตุการณ์เช่นเดิมอีก ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแรงจูงใจผลักดันให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เกิดความเชื่อมั่นและคาดหวังผลของการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดอาการกำเริบ ซึ่งนำไปสู่ความสุขในการดำเนินชีวิต เกิดความผาสุกทางใจได้

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงอาจเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่น่าจะมีผลในทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งหากผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสูง ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางใจได้เช่นกัน

**2. การรับรู้ภาระในการดูแล (Caregiver burden perception)** การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เกิดการเจ็บป่วย และรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม แสดงถึงความหนักใจ เกิดความกดดัน ความเครียด

ความเดือดร้อน การรับรู้ภาระในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ และ 2) การรับรู้ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น ความเป็นอิสระและมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินเพิ่มมากขึ้น เกิดปัญหาหน้าที่การงานรวมถึงก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ มีสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว และเวลาทำกิจกรรมในสังคมลดลง (Montgomery et al., 1985) เนื่องจากความบกพร่องในทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน รับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระสูง อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่ทำให้สุขภาพทรุดโทรมลงเรื่อย ๆ มีผลกระทบในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความรับผิดชอบเกือบทั้งหมดต้องเผชิญกับภาระรุนแรงและอาการทางด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท (Caqueo-Urizar et al., 2014) จากภาระงานที่มากขึ้น ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งร่างกาย และจิตใจ เครียด เบื่อหน่าย มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (มลฤดี เกษเพชร, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2556) และยังพบว่าภาระเชิงปรนัยในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.526, p < .05$ ) (พิศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546)

ดังนั้นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ เกิดปัญหาทางอารมณ์ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า จากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่หนัก และให้การดูแลโดยตรง เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ไม่มั่นใจที่จะได้รับการยอมรับจากสังคม การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลง ความเป็นอิสระ และความเป็นส่วนตัวลดลง จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระในการดูแลที่สูงขึ้น ส่งผลต่อความผาสุกทางใจต่ำลงด้วย ในทางตรงข้ามหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความสามารถในการดูแล มีการรับรู้ภาระในการดูแลต่ำ เกิดความผาสุกทางใจที่สูงขึ้น จะเห็นได้ว่าภาระในการดูแลทำให้ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อความผาสุกทางใจได้

**3. ความหวัง (Hope)** เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคต โดยแสดงออกมาในลักษณะของความคิด ความรู้สึก การกระทำ และความคาดหวังในทางบวก โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวัง และปรารถนาจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Herth, 1992)

ความหวังในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการแสดงออกมาในรูปแบบของการคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ในทางบวก ให้ประสบความสำเร็จ เพื่อให้เกิดความสุขสบายมากขึ้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีกำลังใจมีพลังในการเผชิญกับอุปสรรค และร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิตได้ ตลอดจนสามารถเผชิญต่อสิ่งคุกคามที่จะเกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสุขในการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพทั่วไปดี รู้สึกมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมในการดูแล เพื่อทำให้สิ่งที่หวังเป็นจริง และบรรลุเป้าหมายที่ตนต้องการ ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางใจสูง (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546)

ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแล แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดอิสระในการดำเนินชีวิต สูญเสียรายได้ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่ายกับภาระที่เกิดขึ้น จากการศึกษาความหวังและความผาสุกทางใจของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่า การสูญเสียทำให้ระดับของความหวังลดลงได้ (Irvin, 1997 อ้างถึงใน พาศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) ความหวังเป็นภาวะทางจิตใจ เป็นพลังงานภายในตัวบุคคลที่แสดงออกมาเป็นความรู้สึกที่ดี รู้สึกมั่นใจ ใ่วางใจ และมีความสุข (Herth, 1989) ผู้ที่มีความหวังจะรู้สึกมีความเชื่อมั่นในผลที่จะเกิดขึ้น แสดงถึงความเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนเองคาดหวัง ที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่อย่างคิงาม ตามที่คาดหวังไว้ได้ (Dufault & Martocchio, 1985) ซึ่งบุคคลที่มีความหวังสูงจะเกิดความผาสุกทางใจสูง ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลนั้นเล็กรับเหตุการณ์หรือข้อมูลที่มีแนวโน้มไปในทางลบ บุคคลจะรู้สึกถูกคุกคามจนไม่สามารถรับได้ หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความหวัง มีพลังและมีกระบวนการทางปัญญาที่ส่งเสริมความหวังให้เกิดขึ้นในทางบวก ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีกำลังใจ รู้สึกเป็นสุข ความเครียด ความวิตกกังวลลดลง ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความกระตือรือร้นที่จะกระทำกิจกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เชื่อมั่นว่าจะสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ จากการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .553, p < .05$ ) (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเชื่อมั่นว่าจะได้มาในสิ่งที่ตนปรารถนาให้เกิดขึ้น จะรู้สึกปลอดภัยและมีความแข็งแกร่งในการเผชิญปัญหา ความกลัวลดลง สามารถปรับตัวและพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกเป็นสุข สุขภาพโดยรวมดี เกิดความผาสุกทางใจได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ขาดอิสระในการดำรงชีวิตประจำวัน



ผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ทุกข์ใจ บางครั้งเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังที่เกิดจากพลังงานภายในตัวบุคคล มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับเหตุการณ์ในทางลบ และคาดหวังว่าจะประสบความสำเร็จ ได้อย่างดีงาม จะมีกำลังใจในปฏิบัติการกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ เหล่านี้ไปได้ ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางใจตามมา

**4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)** การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความรักความผูกพัน รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์จากผู้อื่น (Brandt & Weinert, 1985) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสัมพันธ์จากการทำหน้าที่ทางสังคมของบุคคลในครอบครัว ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เกิดความรักและความผูกพัน ใกล้ชิด สนับสนุนกัน รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ได้รับความช่วยเหลือ ให้ความรู้ และคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และเอื้อประโยชน์กับบุคคลอื่น (Brandt & Weinert, 1985) การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการดำเนินชีวิต เนื่องจากบุคคลต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม มีสุขภาพจิตดี (สุพัฒศิริ บุญยะวัตร และรัชณี สรรเสริญ, 2548) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความช่วยเหลือรู้สึกเหมือนเป็นส่วนหนึ่งในสังคม รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่ถูกทอดทิ้ง จะช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพของบุคคล นำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม และยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .712, p < .001$ ) (พิศมัย สีโรตมรัตน์, 2553) และ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความผาสุกทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .436, P < .001$ ) ซึ่ง Brandt and Weinert (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. การให้ความรักและความผูกพัน (Attachment) เป็นการได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ การได้รับความผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รัก เกิดความรู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย หากขาดการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและมองโลกในแง่ร้าย

2. การรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เกิดจากการที่บุคคลได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รู้สึกถึงความหวังใจเอื้ออาทร หากขาดการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิต ขาดกำลังใจ

3. การรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือเป็นการยอมรับของบุคคลในครอบครัว และสังคมในการแสดงความสามารถในบทบาททางสังคมและให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง หากขาดการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์

4. การได้รับการช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) การที่บุคคลได้มีโอกาสสนับสนุนเลี้ยงดูผู้อื่นให้ได้รับความสุขสบาย มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล รับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น หากขาดการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้จะทำให้รู้สึกชีวิตไร้คุณค่า

5. การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารและการให้คำแนะนำ (Assistance/Guidance) เป็นการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ หรือการช่วยเหลือด้านเงินทองสิ่งของเครื่องใช้ หากขาดการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้จะทำให้รู้สึกสิ้นหวังในชีวิต

ครอบครัวและสมาชิกในชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือ ญาติพี่น้อง และบุคคลในสังคมที่อยู่ในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะถดถอยลงเรื่อย ๆ มีความคิดบิดเบือนจากความเป็นจริง หลงผิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ระยะเวลามากในการดูแล (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555) ทำให้มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง การสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โดยเฉพาะการแสดงความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย เกิดความรู้สึกไว้วางใจของคนในครอบครัว มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกสามารถร่วมกันคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับกำลังใจจากเครือข่ายในสังคมที่คอยช่วยเหลือ และให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร การร่วมกิจกรรมในสังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นแหล่งของกำลังใจ ความเครียด และความวิตกกังวลลดลง ไม่รู้สึกต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง และเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป (สภาวะเดือน กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2555) การได้รับการช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น เป็นแหล่งของกำลังใจที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลจะรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความกลัวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ไม่อยากรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) เกิดภาวะ

ซีมเซร่า คุณภาพชีวิตลดลง (Doombos, 2002) ส่งผลต่อความผาสุกทางใจได้

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็น (Dyck, Short, & Vitaliano, 1999) และได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดความวิตกกังวล สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้เกิดอาการกำเริบ และช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดีขึ้นด้วย (วารุณี แสงเมฆ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2557) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมมีการรับรู้ภาวะในการดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สุณีย์ แสงดาว, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ และรัชนิกร เกิดโชค, 2555) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ (ปิยะกมล วิจิตรศิริ, 2555) เช่นเดียวกับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ช่วยคงไว้ซึ่งความผาสุกทางใจและควมมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกถึงความรักและความเอาใจใส่จากคนในสังคม การสนับสนุนทางสังคมยังมีคุณค่าทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีกำลังใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง (สกาเวเดือน กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2555) ไม่เครียด รู้สึกเป็นสุขเกิดความมั่นใจที่จะควบคุมดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้คงอยู่ในชุมชน ได้ยาวนานขึ้น ลดอาการกำเริบซ้ำ เกิดความผาสุกทางใจตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ปัจจัยคัดสรรเหล่านี้จะร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาวะในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม โดยความหวังเกิดจากพลังภายในที่แสดงออกมาด้านความคิด ความรู้สึกและการกระทำ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแรงจูงใจและมีความพยายามในการกระทำกิจกรรมจนส่งผลตามความคาดหวังได้สำเร็จ ความวิตกกังวล ความเครียดในการดูแลลดลง เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะมีความพยายามและตั้งใจที่จะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ไม่รู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแล เพราะหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสบการณ์ในการดูแล และประเมินว่าตนเองมีความสามารถในการดูแล จะรู้สึกถึงการรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง (พิศตรารักษ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ถูกทอดทิ้ง ทุกคนยังเห็นความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับจากสังคม ได้รับความเอื้ออาทรช่วยเหลือทำให้คลายความวิตกกังวลลง (สกาเวเดือน

กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2555) สามารถดำเนินชีวิตและทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย  
จิตเภทได้อย่างดี ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ยาวนานขึ้น ไม่มีอาการกำเริบ  
ครอบครัวและสังคมรู้สึกปลอดภัย ส่งผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) ของปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว โดยมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ทำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน โดยเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษา หรือรับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 2,037 คน/ปี หรือเฉลี่ย 170 คน/เดือน

##### กลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ทำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน โดยเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษา หรือพบแพทย์ตามนัด หรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน
2. อายุ 20 ปี ขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงที่ทำให้มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วย
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสงบ
6. ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็นโรคเรื้อรัง

##### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดจากสูตรของ Tabachnick and Fidell (2007)

ดังนี้

$$N \geq 50 + 8M$$

เมื่อ  $N$  คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$M$  คือ จำนวนตัวแปรต้นได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad N \geq 50 + 8(4)$$

$$N \geq 50 + 32$$

$$N \geq 82 \text{ คน}$$

จากการแทนค่าในสูตร พบว่าการศึกษาคั้งนี้ต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 82 ราย แต่เพื่อป้องกันปัญหาจากความสมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย

#### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยคั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีขั้นตอนคั้งนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากผู้ป่วยจิตเภทที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจากสถิติปี พ.ศ. 2558 พบว่า ในแต่ละวันมีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยวันละ 10-15 ราย
2. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมารับบริการในแต่ละวันจากเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีวันนัดมารับบริการในวันที่เก็บข้อมูล
3. ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่อ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในช่วงเช้าของวันที่เก็บข้อมูล ผู้ดูแลจะมาไม่พร้อมกัน หลังจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยก็เริ่มดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป วันละประมาณ 5-8 ราย จนครบจำนวน 120 ราย กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยก็จะสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อที่เหลือต่อไปจนได้จำนวนครบตามที่ต้องการ
4. ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

## เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบด้วยตนเอง (Self report questionnaire) ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคประจำตัวของผู้ดูแล และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ

2. แบบสอบถามความผาสุกทางใจโดยทั่วไปของ Dupuy (1977) แปลและเรียบเรียงโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน โดยมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังต่อไปนี้ ด้านความวิตกกังวล 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 8, 16 ด้านความซึมเศร้า 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 12, 18 ด้านความผาสุกด้านบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 6, 11 ด้านการควบคุมตนเอง 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 7, 13 ด้านความมีชีวิตชีวา 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 14, 17 ด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไป 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 15

แบบสอบถามตอนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 7 ข้อ และด้านลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	0 คะแนน
มาก	4 คะแนน	1 คะแนน
ค่อนข้างมาก	3 คะแนน	2 คะแนน
ค่อนข้างน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	1 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	0 คะแนน	5 คะแนน

แบบสอบถามตอนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ สำหรับประเมิน ความหวังกังวล ความเครียด พลังกระตุ้นกระหาย และความรู้สึกโดยทั่วไป โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า เส้นตรง จาก 0-10 จากคะแนน 0 คือ ไม่มีเลยจนถึง 10 คือ มีมากที่สุด

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามนำคะแนนจากแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนมารวมกัน โดยคะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-110 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งเป็น 3 ระดับ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2532) ได้ดังนี้

0-60	คะแนน	หมายถึง	มีความผาสุกทางใจระดับต่ำ
61-72	คะแนน	หมายถึง	มีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง
73-110	คะแนน	หมายถึง	มีความผาสุกทางใจระดับสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 0.81 และนำไปทดสอบความเที่ยงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 (อรินทร์ จรุงสิทธิ์, 2554)

3. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นโดย สุนันทา นวลเจริญ (2553) ภายใต้กรอบแนวคิดของ Bandura (1997) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

1	คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด
2	คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อย
3	คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจปานกลาง
4	คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมาก
5	คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมากที่สุด

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนรวมทุกข้อมารวมกันระหว่าง 20-100 คะแนน โดยสามารถแบ่งระดับคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ (ประคอง วรรณสูตร, 2542) ได้ดังนี้

20-46	คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ำ
47-73	คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทปานกลาง
74-100	คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .99 และนำไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 (สุนันทา นวลเจริญ, 2553)

4. แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนาภายใต้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ในเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาแบบสอบถาม



แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

4.1 การรับรู้ภาวะเชิงอัตนัย เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ เช่น ความรู้สึกเบื่อ ร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง จำนวน 12 ข้อ

4.2 การรับรู้ภาวะเชิงปรนัย เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับการ ดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12 ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
มาก	2 คะแนน	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	4 คะแนน	2 คะแนน
น้อยที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลของแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำคะแนนการรับรู้ภาวะเชิง อัตนัย และการรับรู้ภาวะเชิงปรนัย มารวมกันคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ ระหว่าง 24-120 คะแนน สามารถแบ่งระดับคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายภาคขึ้นเป็น 3 ระดับ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) ได้ดังนี้

24-56	คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ภาวะในการดูแลน้อย
57-88	คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ภาวะในการดูแลปานกลาง
89-120	คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ภาวะในการดูแลมาก

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบความความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

5. แบบสอบถามความหวัง (Herth hope index) ของ Herth (1992) แปลเป็นภาษาไทย โดย เรณูการ์ ทองคำรอด (2541) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 และ 6 ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

4	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
2	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน โดยข้อความทางลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน สามารถแบ่งระดับคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ได้ดังนี้

12-23	คะแนน	หมายถึง	ความหวังอยู่ในระดับต่ำ
24-35	คะแนน	หมายถึง	ความหวังอยู่ในระดับปานกลาง
36-48	คะแนน	หมายถึง	ความหวังอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวี จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2541)

6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire [PRQ 2000]) ส่วนที่ 2 ของ Weinert (2000) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ประภาศรี ทุ่งมีผล (2548) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ 1) ด้านการได้รับความรักความผูกพัน 2) ด้านการได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น 5) ด้านการได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 7 ระดับ ดังนี้

1	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3	คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
4	คะแนน	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
5	คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
6	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
7	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก

แบบสอบถามมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-105 คะแนน สามารถแบ่งระดับคะแนน การสนับสนุนทางสังคม (ประภาศรี ทุงมีผล, 2548) ได้ดังนี้

15-45 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

46-75 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

76-105 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย 2 ท่าน แล้วย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษแล้วนำไปแก้ไขปรับปรุง แบบวัดจนได้ความหมายที่ตรงกัน และนำไปทดสอบความเที่ยงในกลุ่มมารดาเด็กออทิสติก จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 (ประภาศรี ทุงมีผล, 2548)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน ความผาสุกทางใจ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความหวัง และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ ทั้งสิ้นดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ทำการ ตรวจสอบความตรงเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำ แบบประเมินความผาสุกทางใจ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท แบบประเมินการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความหวัง และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามแต่ละฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค ดังนี้

แบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไป เท่ากับ .86

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ .95

แบบประเมินการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ .88

แบบประเมินความหวัง เท่ากับ .81

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .89

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรม และจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอย่างเท่าเทียมกันดังนี้

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริยธรรม รหัส 07-01-2560
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ไปเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว สร้างสัมพันธภาพรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัยโดยบอกวัตถุประสงค์ ในการวิจัย การตอบแบบสอบถามการวิจัยและประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง รับทราบ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม นำเสนอในเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ หรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่ผู้ให้ข้อมูลได้ พร้อมทั้งแนบใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยไปกับแบบสอบถามการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง สามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผล ใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตอบแบบสอบถาม ในบริเวณห้องพัก ตรงข้ามกับห้องตรวจ และเมื่อได้รับแบบสอบถาม กลับมาแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถเชื่อมโยง ไปถึงตัวบุคคลได้ และผู้วิจัยเก็บเอกสารไว้ในตู้ที่มีกุญแจแน่นหนาจนกว่าจะเผยแพร่ผลงาน เรียบร้อย อย่างน้อย 1 ปี ก่อนที่จะนำข้อมูลทั้งหมดไปทำลาย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พร้อมทั้งหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยการสำรวจ จำนวน และรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อเข้าร่วมการวิจัย

### ขั้นดำเนินการ

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่จากทะเบียนรายชื่อตามหมายเลขบัตรคิวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผู้ดูแลมารับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่สมพอใจ เข้าร่วมการวิจัย ก็ใช้วิธีการสุ่มจากรายชื่อที่เหลือต่อไป
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่สุ่มได้ และเชิญไปที่ห้องพักที่เป็นสัดส่วนในบริเวณตรงข้ามกับห้องตรวจในช่วงระหว่างรอจิตแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยจะคอยดูคิวและประสานเจ้าหน้าที่ให้เรียกเมื่อถึงคิวตรวจ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมากับผู้ป่วย 2 คน ผู้วิจัยจัดสถานที่สำหรับรอตรวจให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ใกล้ ๆ กับสถานที่เก็บข้อมูล และอยู่ในความดูแลของผู้วิจัย ซึ่งขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอผู้ป่วยจิตเภทตรวจจากจิตแพทย์ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเข้าใจ กรณีกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยดำเนินการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความผาสุกทางใจ แบบสอบถาม

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามความหวัง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมตามลำดับ โดยในระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในส่วนที่ไม่เข้าใจได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเก็บใส่ซองและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม นำมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

4. ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2560 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบการบรรยาย และตารางดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภท
- ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม
- ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคประจำตัวของผู้ดูแล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $n = 120$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	43.30
หญิง	68	56.70
อายุ		
20-29 ปี	10	8.33
30-39 ปี	18	15.00
40-49 ปี	37	30.83
50-59 ปี	30	25.00
60-69 ปี	21	17.50
70-79 ปี	4	3.34
$(\bar{x} = 48.12, SD = 12.54, \text{Min} = 21, \text{Max} = 76)$		
สถานภาพสมรส		
คู่	69	57.50
โสด	33	27.50
หม้าย	13	10.8
แยกกันอยู่	5	4.20
ระดับการศึกษา		
ประถม	72	60.00
มัธยมศึกษา	33	27.50
ปริญญาตรี	8	6.70
อนุปริญญา	7	5.80
ศาสนา		
พุทธ	119	99.20
คริสต์	1	0.80
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	50	41.60
รับจ้าง	34	28.30



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย	16	13.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	9.20
รับราชการ	9	7.50
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	54	45.00
เพียงพอกับรายจ่าย	44	36.70
เพียงพอและเหลือเก็บ	12	10.00
ไม่มีรายได้	10	8.3
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท		
บิดา มารดา	49	40.84
พี่น้อง	29	24.17
สามี ภรรยา	16	13.33
บุตร	16	13.33
น้ำอา	10	8.33
โรคประจำตัวของผู้ดูแล		
ไม่มีโรคประจำตัว	86	71.70
มีโรคประจำตัว	34	28.30
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัย		
1-5 ปี	49	40.90
6-10 ปี	42	34.90
11-15 ปี	13	10.90
16-20 ปี	13	10.90
21 ปีขึ้นไป	3	2.40

( $\bar{x}$  = 8.43,  $SD$  = 6.52, Min = 1, Max = 36)

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี อายุเฉลี่ย 48.12 ปี ( $SD = 12.54$ ) สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.50 รองลงมาสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.60 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 28.30 พบว่า รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45.00 และเพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 36.70 ผู้ดูแลเป็นบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 40.80 รองลงมาเป็นที่น้อง คิดเป็นร้อยละ 24.20 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.90 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 1-25 ปี โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 9 ปี ( $SD = 6.52$ ) ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.70

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ( $n = 120$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	60.00
หญิง	48	40.00
อายุ		
20-29 ปี	24	19.90
30-39 ปี	37	30.80
40-49 ปี	28	23.20
50-59 ปี	15	12.40
60-69 ปี	12	9.90
70-79 ปี	4	3.20
( $\bar{x} = 41.51$ , Min = 20, Max = 86)		
สถานภาพสมรส		
โสด	74	61.60
คู่	31	25.80
หม้าย	13	10.9
แยกกันอยู่	2	1.70

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	118	98.3
คริสต์	2	1.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	75	62.4
เกษตรกรรวม	23	19.2
รับจ้าง	12	10
ค้าขาย	8	6.7
รับราชการ	2	1.7

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี เฉลี่ย 41.51 ปี ( $SD = 13.74$ ) สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 61.70 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรวม คิดเป็นร้อยละ 19.10

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแสดงในรูปแบบของคะแนนรวมและแบ่งตามรายด้าน ดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเภท ( $n = 120$ )

ตัวแปร	Range		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	Possible	Actual			
ความผาสุกทางใจ (โดยรวม)	0-110	43-97	71.74	9.27	ปานกลาง
ด้านสุขภาพโดยทั่วไป	0-15	5-15	10.03	2.207	
ความมีชีวิตชีวา	0-20	6-20	13.00	3.007	
ความผาสุกทางด้านบวก	0-15	4-15	8.60	2.078	
ด้านควบคุมตนเอง	0-15	5-15	10.10	2.092	
ด้านความวิตกกังวล	0-25	4-15	10.49	2.449	
ด้านภาวะซึมเศร้า	0-20	5-20	13.58	2.930	

จากตารางที่ 3 พบว่า โดยรวมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.74 ( $SD = 9.27$ ) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความผาสุกทางใจรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.03 ( $SD = 2.207$ ) ด้านความมีชีวิตชีวา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.00 ( $SD = 3.007$ ) ความผาสุกทางด้านบวก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.60 ( $SD = 2.078$ ) ด้านควบคุมตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 ( $SD = 2.092$ ) ด้านความวิตกกังวล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.49 ( $SD = 2.449$ ) ด้านภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.58 ( $SD = 2.930$ )

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม ดังในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุน ทางสังคม ( $n = 120$ )

ตัวแปร	Range		<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	Possible	Actual			
การรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท	20-100	31-100	72.28	12.75	ปานกลาง
การรับรู้ภาระในการดูแล	24-120	30-117	64.59	16.12	ปานกลาง
ความหวัง	12-48	24-48	36.97	5.28	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	15-105	15-105	82.81	11.05	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนน อยู่ระหว่าง 31-100 คะแนน คือ 72.28 ( $SD = 12.75$ ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.28 ( $SD = 12.75$ )

การรับรู้ภาระในการดูแลมีคะแนนอยู่ระหว่าง 30-117 คะแนน คือ 64.59 ( $SD = 16.12$ ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาระในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.59 ( $SD = 16.12$ )

ความหวังมีคะแนนอยู่ระหว่าง 24-48 คะแนน คือ 36.97 ( $SD = 5.28$ ) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความหวังในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.97 ( $SD = 5.28$ )

การสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-105 คะแนน คือ 82.81 ( $SD = 11.05$ ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 82.81 ( $SD = 11.05$ )

#### ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติของข้อมูลพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอย

### แบบพหุคูณ ดังนี้

1. ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยใช้สถิติทั้งในภาพรวมและแยกตามตัวแปรแต่ละตัว ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล การรับรู้ภาระในการดูแล และความผาสุกทางใจ ค่า  $p$ -value มีค่ามากกว่า 0.05 และพบว่า ความหวัง มีค่า  $p$ -value (Sig) น้อยกว่า 0.05 จึงทำการทดสอบทางสถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient พบว่า ทั้งค่า Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient ของตัวแปร ความหวังเท่ากับ .27 เมื่อเทียบ Critical value ของสถิติ Z ค่าที่ได้อยู่ในช่วง -1.96 ถึง +1.96 จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ดังนั้นผลการวิเคราะห์จึงพบว่าข้อมูลทุกตัวมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ

2. ค่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) จากผลการทดสอบโดยใช้สถิติ ANOVA พบว่า ค่า  $p$ -value ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าตัวแปรต้น มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม

3. ค่าความคาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่ ซึ่งทดสอบโดยพิจารณาจากการใช้กราฟ Scatter plot ที่พล็อตระหว่างค่า \*ZPRED (ค่าพยากรณ์ที่ได้จากสมการแล้วแปลงเป็น Z-score) และค่า \*RESID (ค่า Z-Score ของ error หรือส่วนต่างระหว่างค่าที่ประมาณการได้จากสมการ ถดถอย และค่าจริง) พบว่ามีการกระจายบริเวณค่าศูนย์

4. จากการทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของความคาดเคลื่อน ด้วยวิธี Durbin-Watson ได้เท่ากับ 2.052 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคาดเคลื่อนดังกล่าวเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation)

5. ไม่มี Multivariate outliers ทดสอบโดยใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างค่า Y (ค่าตัวแปรที่ทำนายได้จากสมการถดถอย) กับค่าความคาดเคลื่อนจากการทำนาย (หรือกราฟที่พล็อตระหว่างค่ามาตรฐานของค่าทั้งสอง) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์

6. ตัวแปรต้นทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกัน (No multicollinearity) โดยทำการทดสอบด้วยการพิจารณาค่า Tolerance เข้าใกล้ศูนย์และค่า VIF ไม่เกิน 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่า Tolerance ของความหวังและการรับรู้ภาระในการดูแล เท่ากับ .752 และค่า VIF (Variance Inflation Factor) ของความหวังและการรับรู้ภาระในการดูแล เท่ากับ 1.329 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกัน (Multicollinearity) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ต่อความพอใจทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1				
2. การรับรู้ภาระในการดูแล	-.409**	1			
3. ความหวัง	.634**	-.498**	1		
4. การสนับสนุนทางสังคม	.404**	-.321**	.530**	1	
5. ความพอใจทางใจ	.337**	-.466**	.432**	.350**	1

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

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปร การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความพอใจทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .34$ ,  $r = -.47$ ,  $r = .43$ ,  $r = .35$ ,  $p < .01$  ตามลำดับ)

ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพอใจทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ ได้ปัจจัยทำนายความพอใจทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายความพอใจทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลำดับการเข้า	ตัวแปร	<i>b</i>	$\beta$	<i>t</i>	$R^2$	$R^2$ change
1	การรับรู้ภาระในการดูแล	-.268	-.466	-5.725	.217	.217
2	การรับรู้ภาระในการดูแล	-.192	-.334	-3.668	.270	.053
	ความหวัง	.466	.266	2.918		

Constant = 66.93;  $R^2$  adj = .258;  $R = .520$ ;  $F = 21.69$ ;  $p < .001$

จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้ภาระในการดูแล และความหวังสามารถร่วมกันทำนาย ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 27 ( $R^2 = .27, p < .001$ ) โดยตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายความผาสุกทางใจได้มากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ภาระในการดูแล ( $\beta = -.334, p < .001$ ) และความหวัง ( $\beta = .226, p < .05$ ) ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว สามารถเขียนสมการที่ใช้แสดงการถดถอยในการทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ (Y)

ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท =  $66.93 - .192$  (การรับรู้ภาระในการดูแล) +  $.466$  (ความหวัง)

2. สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$Z_{\text{ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท}} = -.334 (Z_{\text{การรับรู้ภาระในการดูแล}}) + .266 (Z_{\text{ความหวัง}})$

จากสมการข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผาสุกทางใจ คือ ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อย ( $\beta = -.334, p < .001$ ) ร่วมกับมีความหวังสูง ( $\beta = .226, p < .05$ )



## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพาผู้ป่วยจิตเภทมารับการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว จำนวน 120 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแล แบบสอบถามความหวัง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และมารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86, .95, .88, .81 และ .89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยสถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 43.30 มีอายุเฉลี่ย 48.12 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.50 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.20 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.60 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45.00 บิดา มารดาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 40.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.90 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 9 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.70 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 42 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.80 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 61.70 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 62.50

2. ความผาสุกทางใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความผาสุกทางใจในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 71.74$ ,  $SD = 9.27$ ) เมื่อพิจารณาความผาสุกทางใจรายด้านพบว่า ความผาสุกทางใจด้านความมีชีวิตชีวามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.00 ( $SD = 3.007$ ) ความผาสุกทางใจด้านบวกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.60 ( $SD = 2.078$ ) ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.03 ( $SD = 2.207$ ) ด้านควบคุมตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 ( $SD = 2.092$ ) ด้านวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.49 ( $SD = 2.449$ ) ด้านซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.58 ( $SD = 2.930$ )

### 3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์พบว่า ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .432$ ,  $r = .350$ ,  $r = .337$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.466$ ,  $p < .001$ )

จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า การรับรู้ภาระในการดูแล และความหวัง โดยสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 27 ( $R^2 = .27$ ,  $p < .001$ ) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจมากที่สุดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการรับรู้ภาระในการดูแล ( $\beta = -.334$ ,  $p < .001$ ) รองลงมาคือ ความหวัง ( $\beta = .226$ ,  $p < .05$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 71.74$ ,  $SD = 9.27$ ) เมื่อพิจารณาความผาสุกทางใจรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.03 ( $SD = 2.207$ ) ด้านความมีชีวิตชีวามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.00 ( $SD = 3.007$ ) ความผาสุกทางใจด้านบวกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.60 ( $SD = 2.078$ ) ด้านการควบคุมตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 ( $SD = 2.092$ ) ด้านความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.49 ( $SD = 2.449$ ) ด้านภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.58 ( $SD = 2.930$ ) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจในด้านบวกมีค่าเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพโดยทั่วไปค่อนข้างดี รู้สึกมีชีวิตชีวา และมีความสุข ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วยจิตเภท

จึงมีความรัก ความผูกพัน และมีความสงสารผู้ป่วย (Ferriter & Huband, 2003) จึงให้การดูแลผู้ป่วย เป็นอย่างดีและรู้สึกดีที่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามจากอาการทางจิตของผู้ป่วย จิตเภทที่คาดการณ์ไม่ได้ ประกอบกับผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงหรือคิดปกติไป เมื่อต้อง ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานก็อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ วิตกกังวล หรือซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและไม่หายขาด จึงทำให้คะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจด้านวิตกกังวลและซึมเศร้าค่อนข้างสูงคล้ายเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณาโดยรวม จึงทำให้ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ (2546) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.90 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 8.42 ปี ( $SD = 6.52$ ) ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจะมีผลต่อการ ปรับตัว และการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้สามารถรักษาระดับของความพึงพอใจ ไม่ให้ลดต่ำลงได้ โดยการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือน มักจะเริ่มยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการปรับตัวที่ดีทำให้มีอารมณ์คงที่ สามารถ จัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นและสามารถดำรงความพึงพอใจของตนเอง ได้ (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างข้างต้นจึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในการศึกษาคั้งนี้มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะในการดูแล และความหวัง สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทได้ร้อยละ 27 ( $R^2 = .27, p < .001$ ) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจมากที่สุดของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการรับรู้ภาวะในการดูแล ( $\beta = -.334, p < .001$ ) รองลงมาคือ ความหวัง ( $\beta = .226, p < .05$ ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $r = .350, r = .337, p < .001$  ตามลำดับ) แต่ไม่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ดังนี้

2.1 การรับรู้ภาวะในการดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจมากที่สุด ( $\beta = -.334, p < .001$ ) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงมักมีแนวโน้มที่จะมีความ พึงพอใจน้อย ผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ (2546) ที่พบว่า ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.526,$

$p < .05$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ที่หลากหลาย ทั้งในส่วนของการหารายได้และการดูแลผู้ป่วย (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกอ่อนล้า ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง และการพักผ่อนลดลง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องใช้เวลาถึง 24 ชั่วโมงในการดูแล ผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ใจที่อาการของผู้ป่วยลดน้อยลง และรู้สึกเป็นภาระที่หนักหนาที่สิ้นสุดไม่ได้ (สายใจ พัวพันธ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ มลฤดี เกษเพชร และคณะ (2556) พบว่า จากภาระงานที่มากขึ้น ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้ง ร่างกาย และจิตใจ เครียด เบื่อหน่าย มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ ภาระในการดูแลสูงมักรู้สึกยากลำบากในการดูแล เหนื่อยล้า หดแรงแรง ไม่มีความสุข รู้สึกวิตกกังวล และมีความเครียดสูง (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) หรือมีภาวะซึมเศร้า (Doombos, 2002) ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาระการดูแลสูงจึงมักมีความผาสุกทางใจน้อยซึ่งเป็นไปตามผลการวิจัยดังกล่าว

2.2 ความหวังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจ ( $\beta = .226, p < .05$ ) โดยผู้ดูแลที่มีความหวังจะมีความผาสุกทางใจสูง ผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษา ของ พัสตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ (2546) ที่พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ( $r = .553, p < .05$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความหวังว่าสิ่งที่ ตนเองปรารถนานั้นจะเป็นจริง ก็จะมีกำลังใจ มีความกระตือรือร้น มีพลังในการเผชิญกับอุปสรรค มั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมในการดูแล เพื่อให้สิ่งที่หวังเป็นจริง และบรรลุเป้าหมายที่ตนเอง ต้องการ (Herth, 1992) เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังก็จะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีเป้าหมายที่ ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ว่าทำไปเพราะอะไร ทำไปเพื่อใครจะมีกำลังใจ และสามารถควบคุมตนเอง ในเรื่องต่าง ๆ หรือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี รู้สึกมีชีวิตชีวา ความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าลดลง และมีความรู้สึกเป็นสุขมากขึ้นส่งผลให้มีความผาสุกทางใจสูง

2.3 การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $r = .350, p < .01$ ) แต่ไม่สามารถ ทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ พิสมัย สิโรตมรัตน์ (2553) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .712, p < .001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งของกำลังใจของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นอย่างดี การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับแก่คนใน ครอบครัว และสังคม (Brandt & Weinert, 1985) เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมสูงจะรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รัก ที่ต้องการของครอบครัวหรือบุคคลอื่น

รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารหรือวัตถุสิ่งของจากบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2555) และสามารถปรับตัวต่อความเครียดหรือสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิต (นัทธมนต์ นิมิสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี รับรู้ถึงความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน รู้สึกมั่นคงและได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความกระตือรือร้น มีชีวิตชีวา ไม่วิตกกังวล และไม่ซึมเศร้า แต่การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ผ่านการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงไม่สามารถทำนายความผาสุกทางใจได้โดยตรง อาจจำเป็นต้องส่งผ่านตัวแปรคั่นกลางอื่นที่เป็นปัจจัยทางด้านความคิดหรือความรู้สึกมากกว่าจึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความผาสุกทางใจได้

2.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ ( $r = .34, p < .01$ ) แต่ไม่สามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ พิศมัย สิโรตมรัตน์ (2553) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .728, p < .001$ ) อีกทั้งยังสามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54.8 และจากการศึกษาของ อรินทร์ จรุงยสิทธิ์ (2554) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นถึงความสามารถของตนเอง กระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ (Bandura, 1997) เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงจะมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจในเรื่องต่าง ๆ นำไปสู่การกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ให้ประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ (ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, 2556) โดยผู้ดูแลที่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ มีชีวิตชีวา รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี ไม่มีความวิตกกังวล ไม่รู้สึกซึมเศร้า จึงมีความผาสุกทางใจสูง อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น อาจเนื่องจากความผาสุกทางใจเป็นปัจจัยภายในตนเองที่มีความซับซ้อนและมีปัจจัยที่หลากหลายมาเกี่ยวข้อง ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่สามารถส่งอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจโดยตรงเพราะจำเป็น

ต้องส่งผ่านตัวแปรคั่นกลางอื่นซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านความคิดหรือความรู้สึกอื่น ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ แต่ไม่สามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรม ที่ส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยลดภาระในการดูแล และเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ดูแล

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำข้อมูลจากผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจโดยเน้นที่การลดภาระในการดูแลของผู้ดูแล และเสริมสร้างความหวัง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง หรือลดภาระการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการศึกษาความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เพื่อให้มีข้อมูลที่หลากหลายในการนำมาพัฒนาแนวทางหรือระบบบริการสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2556). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556. นนทบุรี:  
กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี:  
ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 26(1), 35-49.
- จันจิลา ดวงสลัด และสมศักดิ์ ภูมิจิน. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่รับ  
ไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. สระแก้ว: โรงพยาบาลจิตเวช  
สระแก้วราชนครินทร์.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูล โดย โปรแกรม SPSS.  
ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ณัฐภรณ์ จิตรบุตร. (2559). ปัจจัยด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตของผู้ที่เป็น  
เบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณิภา เดชอุดมไพศาล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุน  
ทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายของผู้ป่วย  
หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธัญญาภรณ์ ดาวน์เพ็ญ. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาระและ  
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราธรรมย์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(4), 412-218.
- นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นุชจรี อิ่มมาก. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไออินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวาลักษณ์. (2546). พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21(4), 249-258.
- ปนัดดา มหิตธานุภาพ. (2555). *การมองโลกในแง่ดี การปฏิบัติพัฒนาจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อินเทอร์เน็ตเพอร์เนตติ้ง.
- ประภาศรี ทุ่งมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะกมล วิจิตรศิริ. (2555). *ความเป็นปราชญ์ การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพมหานคร.* *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 38(2), 139-151.



- พัทธ์ธดา ยาประเสริฐ. (2555). *การพัฒนาแบบวัดความหวังของเยาวชนไทยภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัศดารากรณ์ พงษ์สิทธิ์ศักดิ์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรัญในการ  
 ดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวังกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัว  
 ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์  
 มหาวิทยาลัย.
- พิศมัย สิริโรตมรัตน์. (2553). *ความว่าเหว การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม  
 และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย,  
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ภัทรารากรณ์ ทุ่งปันคำ. (2556). *การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้าน*. เชียงใหม่: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี กลีบวงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี และนันทิกา ทวีชาชาติ. (2552). *ปัจจัยที่มี  
 อิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*.  
*วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 57-75.
- มลดดี เกษเพชร, สุปรีดา มั่นคง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2556). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง  
 พลังต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ  
 แพร่กระจาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มะลิวัลย์ พวงจิตร. (2553). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดใน  
 การดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
 สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล. (2550). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
 กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4).  
 กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*.  
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,  
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพา ทองสุข. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์,  
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธรรมาสิริ อิ่มมาก. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ  
 ตรวจสุขภาพประจำปี: กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานสรรพากรภาค 3*. วิทยานิพนธ์  
 บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการสาธารณสุข, วิทยาลัยพาณิชยศาสตร์,  
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รักสุดา กิจอรุณชัย. (2555). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษาย้ำของผู้ป่วยจิตเภท*.  
*วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(3), 154-162.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัวแนวความคิดทฤษฎีและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
 กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2541). *ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,  
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์. (2559). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว  
 ราชชนรินทร์ปีงบประมาณ 2559*. สระแก้ว: โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์.
- วรรณิ์ แกมเกตุ. (2551). *วิธีวิทยาการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารุณี แสงเมฆ และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2557). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว  
 ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภรัตน์ เอกอัสวิน และเขาวานาฏ ผลิตนันทเกียรติ. (2551). *ความสามารถยื่นหยัดเผชิญวิกฤติ*.  
*วารสารกรมสุขภาพจิต*, 16(3), 190-198.
- สกาเดือน กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่  
 ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว*. *วารสารการพยาบาล  
 จิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 62-73.

- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุชวิฒนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาลัย. *วารสารการพยาบาล*, 38(3), 169-190.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). การรับรู้ถึงการเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 156-158.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 ไทย-อังกฤษ. (ICD-10)*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี.
- สุจิตรา วรสิงห์. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุณีย์ แสงดาว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และรัชนิกร เกิดโชค. (2555). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒนศิริ บุญยะวัตร และรัชนิ สรรเสริญ. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออกเฉียง*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(1), 55-70.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2552). *การแก้ปัญหาวิกฤตสุขภาพจิตชายแดนใต้*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- อรรวรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรินทร์ จรุงสุทธิ. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- อุษา แก้วอำภา. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 127-145.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Adamec, C. (1996). *How to live with mentally ill person*. New York: John Wiley & Sons.
- Baker, A. F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit how families cope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27, 31-35.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: Psychometric update*. Washington, DC: School of Nursing, University of Washington.
- Caqueo-Urizar, A., Lemos Giráldez, S., Lee Maturana, S., Ramírez Pérez M., Miranda Castillo, C., & Mascayano, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26(2), 235-243.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Drake, R., & Mueser, K. T. (2002). Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol Research and Health*, 26, 99-102.
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its sphere and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Dupuy, H. J. (1977). The general well-being schedule. In F. McDowell & C. Newell (Eds.), *A measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (p. 125). New York: Oxford University Press.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden an infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61, 411-419.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Ferriter, M., & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), 552-560.

- Gupta, A, Solanki, R. K., Koolwal, G. D., & Gehlot, S. (2014). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(1), 70-76.
- Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 67-72.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.
- Ip, G. S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family cares in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-294.
- Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Eslami Shahrabaki, M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia- a qualitative exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 248-254.
- Lim, Y. M., & Ahn, Y. H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16(2), 110-117.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 248-255.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooy, N. R. (1985). Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- Salleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 229-305.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5<sup>th</sup> ed.). Boston: Pearson Education.
- Thompson, E. H. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of trial elders. *Journal of Gerontology*, 48, 245-254.
- Weinert, C. (2000). *PQR2000*. Retrieved from <http://www.montana.edu/cweinert/instruments/pqr2000.html>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07-01-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรา บำรุงจิตร

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่  
เป็นผู้ดูแลหลักคอยช่วยเหลือและดูแลอย่างต่อเนื่องในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย  
6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน และอายุ 20 ปีขึ้นไป เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้อง  
ปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถาม 1 ชุด 6 ตอน คือ  
1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความผาสุกทางใจ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของ  
ตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
5) แบบสอบถามความหวัง 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ  
45 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับ อาจไม่เป็นประโยชน์กับท่าน โดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์ในการ  
พัฒนาระบบบริการสุขภาพและช่วยให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ให้กับผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มี  
คุณภาพชีวิตที่ดี

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมการวิจัย  
หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัย  
ทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใส่รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชัน และสิ่งต่าง ๆ  
ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูก  
เก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บใน  
คอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่



ปริกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูลหรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสุพัตรา บำรุงจิตร หมายเลขโทรศัพท์ 085-1400799 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 088-2030062

นางสุพัตรา บำรุงจิตร

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ภาคผนวก ข  
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

---

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรืออาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจ คำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย  
(.....)

**เอกสารแบบแสดงความยินยอม  
ของอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)**

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรืออาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับ การอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจ คำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  เพียง 1 คำตอบหรือ  
เติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หย่า

แยกกันอยู่

หม้าย

4. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

อนุปริญญา

ปริญญาตรี

อื่น ๆ ระบุ.....

5. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ ระบุ.....

6. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รับจ้าง

รับราชการ

ค้าขาย

เกษตรกรรม

อื่น ๆ ระบุ.....

7. ความเพียงพอของรายได้

เพียงพอและเหลือเก็บ

เพียงพอกับรายจ่าย

ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

ไม่มีรายได้

อื่น ๆ ระบุ.....

8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

บิดา มารดา

สามี ภรรยา

พี่น้อง

บุตร

อื่น ๆ ระบุ.....

9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัย.....ปี.....เดือน

10. ท่านมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ไม่มี

มี ระบุ.....

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท**

11. เพศ

ชาย

หญิง

12. อายุ.....ปี

13. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หย่า

แยกกันอยู่

หม้าย

14. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ ระบุ.....

15. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รับจ้าง

รับราชการ

ค้าขาย

เกษตรกรรม

อื่น ๆ ระบุ.....



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความผาสุกทางใจ

### ตอนที่ 1

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านในรอบเดือนที่ผ่านมา ในแต่ละข้อคำถามกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความ ( ) ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว คำตอบของท่านไม่มีถูกผิด คำตอบที่ถูกมีเพียงข้อเดียวคือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริง ในชีวิตของท่าน

1. โดยทั่วไปท่านมีความรู้สึกอย่างไร

- ( ) รู้สึกเบิกบานใจอย่างที่สุด
- ( ) รู้สึกเบิกบานใจมาก
- ( ) รู้สึกเบิกบานใจเป็นส่วนใหญ่
- ( ) จิตใจห่อเหี่ยวและเบิกบานพอ ๆ กัน
- ( ) จิตใจห่อเหี่ยวเป็นส่วนใหญ่
- ( ) จิตใจห่อเหี่ยวมาก

2. ท่านได้ถูกรบกวนโดยความรู้สึกกระวนกระวายใจ หรือจาก “อาการทางประสาท” ของท่านหรือไม่

- ( ) มากที่สุด...จนทำให้ทำงานไม่ได้
- ( ) มาก
- ( ) ปานกลาง
- ( ) มีบ้าง
- ( ) น้อย
- ( ) ไม่มีเลย

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

14. ท่านรู้สึกเหนื่อยหมดแรงเหมือนถูกใช้ พลังไปหมดหรือหมดแรงกายแรงใจบ่อยเพียงใด

- ( ) ตลอดเวลา  
 ( ) เกือบตลอดเวลา  
 ( ) เป็นบ้าง ไม่เป็นบ้างพอ ๆ กัน  
 ( ) น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง  
 ( ) ไม่ค่อยมี  
 ( ) ไม่มีเลย

## ตอนที่ 2

**คำชี้แจง** ใน 4 ข้อต่อไปนี้ แต่ละข้อจะมีคำหรือข้อความตรงตำแหน่ง 0 และ 10 บนเส้นตรง ซึ่งมีเลขกำกับอยู่ ซึ่งคำหรือข้อความนี้จะอธิบายถึงความรู้สึกตรงกันข้าม ส่วนเลข 1-9 จะแสดงถึงความมากน้อยของความรู้สึก โดยอาศัยคำหรือข้อความตรงตำแหน่ง 0 และ 10 เป็นเกณฑ์ กรูณาวงรอบตัวเลขบนเส้นตรงที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน โดยทั่วไปในรอบเดือนที่ผ่านมา

15. ท่านเป็นห่วงและกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่เป็นห่วงเลย

เป็นห่วงอย่างมาก

16. ....

17. ....

18. อารมณ์หรือความรู้สึกโดยทั่วไป ของท่านเป็นอย่างไร

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ซึมเศร้าอย่างมาก

สดชื่นรื่นเริงเป็นอย่างมาก

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมั่นใจของท่านในการจัดการกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ท่านดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นอย่างไร ในข้อที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าจะนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวได้					
2. ฉันสามารถสังเกตได้ว่าตนเองมีความเครียดเกิดขึ้น					
3. ฉันสามารถถามคำถามเพิ่มเติมเมื่อฉันไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนหรือไม่เข้าใจคำตอบจากผู้ป่วยได้					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
20. ฉันสามารถดูแลผู้ป่วยจนครอบครัวเกิดความพึงพอใจ					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ภาระเชิงอัตนัย</b>					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ภาระเชิงปรนัย</b>					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความหวัง

คำชี้แจง ให้พิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงช่องเดียวเท่านั้น

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ชีวิตในอนาคตของฉันจะดำเนินไปในทางที่ดี				
2. ฉันมีเป้าหมายในชีวิต ซึ่งมีทางเป็นไปได้ในปัจจุบัน หรืออนาคต				
3. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่คนเดียวในโลก				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
12. ชีวิตของฉันยังมีคุณค่าและมีประโยชน์แก่บุคคลอื่น ๆ				



**ภาคผนวก ง**

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**





แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Factors Predicting Psychological well-being among Caregivers of Patients with Schizophrenia

ชื่อนิสิต นางสาวพัชรา บำรุงจิตร

รหัสประจำตัวนิสิต 56920191

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07 - 01 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน จำนวน

ทั้งหมด ไม่เกิน 120 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ สธ ๐๘๑๙.๒๘/๑๓๗/๓

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์  
๑๗๖ หมู่ที่ ๓ ตำบลหนองน้ำใส  
อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ๒๗๑๖๐

๒๐ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์

เรียน นางสาวพัชรา บำรุงจิตร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานผลการพิจารณา

ตามที่ท่านได้ขอเสนอโครงการวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เพื่อรับการพิจารณาการพิจารณาจริยธรรม เรื่อง “ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” นั้น

ในการนี้โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาโครงการดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว และมีมติอนุมัติโดยไม่มีเงื่อนไข ตามรายละเอียดแบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยมนุษย์ โครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจุฬาพันธุ์ เหมกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา

โทรศัพท์ ๐ ๓๗๒๖ ๒๕๕๔ - ๘ ต่อ ๖๕๒๐๙

โทรสาร ๐ ๓๗๒๖ ๒๕๕๕

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เจ้าของการวิจัย/ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย นางสาวพัชรา บำรุงจิตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผลการพิจารณา

อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)

อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไขในประเด็น

ให้ปรับปรุงแล้วนำเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ ยังไม่อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงนาม.....



(นายลวิญญูวิชญพงศ์ ภูมิจัน)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์