

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

วาสนา นามเหลา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กรกฎาคม 2559
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ วาสนา นามเหล่า ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รอ.หญิงชนิดดา แนบเกษร)

.....
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ แก้วบุญชู)

.....
.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รอ.หญิงชนิดดา แนบเกษร)

.....
.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

.....
.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

.....
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ. หญิง ดร.ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณ ครุคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ผู้ช่วยวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

วาสนา นามเหลา

53920654: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ผู้ดูแล/ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล/ สมรรถนะแห่งตน/ สัมพันธภาพในครอบครัว/

ภาระการดูแล

วาสนา นามเหล่า: ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ
ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ (FACTORS AFFECTING BURDEN AMONG
CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN SAKAEO

RATCHANAKARINDA PSYCHIATRIC HOSPITAL) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:

ชนิดดา แนบเกษร, Ph.D., ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. 77 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระการดูแลและปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สมรรถนะ
แห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการ
รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ จำนวน 100 ราย คัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม
พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินภาระการดูแล โดยมีค่าความเที่ยงของ
แบบวัดและแบบประเมินทั้งสิ้นที่ตัวแปร เท่ากับ .76, .84, .90 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดย
ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อย
($\bar{X} = 49.86$) อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับ
ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, r = -.24, r = -.29, p < .05$ ตามลำดับ)
ทั้งสามตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
ร้อยละ 12 ($R^2_{adj} = 0.12, p < .05$) โดยอายุของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด
($\beta = -0.23$) รองลงมาคือสัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = -0.22$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพสามารถจัดโปรแกรมส่งเสริม
สุขภาพจิตเพื่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการสร้างเสริมสัมพันธภาพใน
ครอบครัว

53920654: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: CAREGIVERS/ KNOWLEDGE/ PERCEIVED SELF-EFFICACY/
FAMILY RELATIONSHIP/ BURDEN

WASSANA NAMLAO: FACTORS AFFECTING BURDEN AMONG CAREGIVERS
OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN SAKAEO RACHANAKARINDRA
PSYCHIATRIC HOSPITAL. ADVISORY COMMITTEE: CHANUDDA NABKASORN, Ph.D.,
DUANGJAI VATANASIN, Ph.D. 77 P. 2016.

The purpose of this study was to examine burden and factors influencing burden among caregivers of patients with schizophrenia including age, duration of care provision, knowledge towards caring for schizophrenic patients, perceived self-efficacy and family relationship. The sample was 100 caregivers of patients with schizophrenia who took the patients for treatment at the outpatient department of Sakaeo Rachanakarindra Psychiatric Hospital. The sample was selected using simple random sampling. The data were collected during June to August, 2015 by using self-report questionnaires including Personal Information Questionnaire, Knowledge about Caring for Patients with Schizophrenia Questionnaire, Perceived Self-efficacy Questionnaire, Family Relationship Questionnaire, and Burden Questionnaire. The reliability of these questionnaires were .76, .84, .90, and .87 respectively. Descriptive statistics and multiple regression analysis were employed for data analysis.

The results revealed that the average score of burden of caring patients with schizophrenia was at a low level ($\bar{X} = 49.86$). Age, perceived self-efficacy, and family relationship had significantly negatively association with burden ($r = -.22$, $r = -.24$, $r = -.29$, $p < .05$ respectively). Result of multiple regression analysis showed that approximately 12% of the variance of the caregiver burden can be accounted for by the linear combination of age and family relationship ($p < .05$). The strongest predicting factor was age ($\beta = -.23$, $p < .05$) followed by family relationship ($\beta = -.22$, $p < .05$).

This study results suggest that health careproviders need to develop mental health interventions for supporting families of schizophrenic patients to reduce their burdens by promoting family relationship.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ผู้ป่วยจิตเภท	10
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	17
การดูแล.....	18
ทฤษฎีระบบของ Neuman	21
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	26
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	38
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	40

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	41
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
5 สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	47
สรุปผลการวิจัย.....	47
การอภิปรายผล	48
ข้อเสนอแนะ.....	53
บรรณานุกรม	54
ภาคผนวก	61
ภาคผนวก ก.....	62
ภาคผนวก ข.....	68
ภาคผนวก ค.....	75
ประวัติย่อของผู้ศึกษา	77

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล	41
2	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	44
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว	44
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว กับภาระการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	45
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ของตัวแปรทำนาย กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท...	46

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย..... 8

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด โดยจากอุบัติการณ์การเกิดโรคพบ 0.1-0.5 ต่อพันประชากร ความชุกเท่ากับ 2.5-5.3 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0-9.0 ต่อพันประชากร เพศหญิงและเพศชายพบได้พอ ๆ กัน พบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) ในประเทศไทย รายงานของ กรมสุขภาพจิต (2555) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวนร้อยละ 35.7, 34.9 และ 34.4 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรค (Global burden of disease) พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระของโรคมากกว่าร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้น ๆ (Disability Adjustment Life Years: DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 (ปราชญ์ บุญยวงศ์โรจน์, 2546) และจากสถิติผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น โดยใน ปี พ.ศ. 2554-2556 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 1,739, 1,858 และ 2,053 คน คิดเป็นร้อยละ 30.10, 33.05 และ 36.52 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2557)

โรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรัง อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน การดูแลสุขอนามัยของตนเอง และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เมื่อเป็น โรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) เนื่องจากพยาธิสภาพทางสมอง พบว่าสมองส่วน Limbic system ได้แก่ Amygdale hippocampus และ Parahippocampal gyrus มีขนาดเล็กกว่าปกติ ยังพบการเรียงตัวของเซลล์ประสาท ในบริเวณ Hippocampus ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบและมีการศึกษาบางการศึกษาในผู้ที่ เป็น โรคจิตเภทจำนวนหนึ่งพบว่า มี Cerebral ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น ยังมีข้อสันนิษฐานว่าใน โรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่าง Serotonin กับ Dopamine ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ คือ Clozapine และ Risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin receptor มากกว่า Dopamine D₂ receptor โดยทั้ง Clozapine และ Risperidone มีฤทธิ์เป็นทั้ง Dopamine และ Serotonin antagonist (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์

การรับรู้ และพฤติกรรม และการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและระดับประเทศ และที่สำคัญที่สุดการกลับป่วยซ้ำ ซึ่งมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ยิ่งก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของความคิด บุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2548) ในการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล ในระดับประเทศ การรักษาโรคจิตเภทนี้ต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนานและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ก่อให้เกิดและเป็นภาระการใช้งบประมาณของรัฐบาล ในการรักษาพยาบาล

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการรักษาล้นลง จากนโยบายของกรมสุขภาพจิต มีนโยบายให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุด ผู้ป่วยจิตเภทถึงแม้ว่าอาการทุเลาลงแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมือนกับบุคคลทั่วไป เนื่องจากมีความเสื่อมทางด้านการทำงานและความเสื่อมของสติปัญญาของผู้ป่วย ขาดการยอมรับจากสังคม ประกอบกับความเรื้อรังจากอาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทน ทำให้ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อทำหน้าที่ของผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันและการปฏิบัติตนของผู้ดูแล ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงกายในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางรายยังมีอาการทางด้านลบหลงเหลืออยู่ เช่น เกียจคร้าน ขาดแรงจูงใจ ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ไม่ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน ไม่ยอมรับประทานยา ต้องคอยกระตุ้นเตือนอยู่เสมอ หรืออาจมีอาการทางด้านบวกเกิดขึ้น เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด (รจนา ปุณโณทก, 2550) ผู้ป่วยมักจะมีอาการกำเริบเป็นพัก ๆ สลับกับช่วงที่อาการสงบ ภายหลังจากการกำเริบแต่ละครั้งความสามารถของผู้ป่วยจะไม่กลับคืนดังเดิม ภาระการดูแลทั้งหมดจึงตกอยู่กับผู้ดูแล ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต่อจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต (Tungpunkom, 2000) ส่งผลกระทบกับผู้ดูแล รู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นญาติในครอบครัวซึ่งต้องดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองและครอบครัว แล้วยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงความกดดัน ความเดือยร้อน ความยากลำบากของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่ในการงานเปลี่ยนแปลง และการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ ทศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (George & Dwyther, 1986) ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้เพราะการดูแลของญาติมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จึงมีผลทำให้เกิดอาการกำเริบ และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท (รจนานุชน โณทก, 2550) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิรากร รักการ, 2549) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย (เบ็ญจา นิมนวล, 2547) และสัมพันธภาพในครอบครัว (วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ, 2547) จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาและประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งตามทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman ได้กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิด มีความเป็นพลวัต (Dynamic) และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยในแต่ละบุคคลมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย สรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาในการดูแล และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของพัฒนาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ

ดูแล จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของจิตวิญญาณ และสัมพันธภาพในครอบครัว จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของบุคคล หากบุคคลอยู่ในภาวะที่ต้องต่อสู้กับแรงที่มากกระทบจากภายนอกและภายใน ตามทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman เรียกสิ่งที่มากระทบนี้ว่าสิ่งก่อความเครียด โดยความเครียดที่คงอยู่นานหรือเรื้อรัง จะทำให้เกิดความรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลหรือเป็นภาระการดูแล (Leggett, Zarit, Taylor, & Galvin, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่คัดสรรนำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

อายุ อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจจะทำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลที่แตกต่างกัน (Cook, Lefley, Pickett, & Cohler, 1994; Lefley, 1987) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะรับรู้ภาระการดูแลจะน้อย (Montgomery et al., 1985) การศึกษาของ ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่า อายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับภาระการดูแล และผลการศึกษาของ รจนา ปุณ โณทก (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมาก การรับรู้ภาระการดูแลก็จะมากตามเช่นกัน ผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อายุของผู้ดูแลก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ธรรมชาติของมนุษย์ต้องใช้เวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลต้องเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิต (Orem, 1995) และจากการศึกษาของ Doornbos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุปว่าครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนาน ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจน้อยลง ผู้ดูแลหลายคนมีสุขภาพที่แย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอน และระบบทางเดินอาหาร จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานาน (Rolland, 1994) ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กัน ($r = .105$, $p < .05$) รจนา ปุณ โณทก (2550)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ลดความหนักใจในการดูแลผู้ป่วย และภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง หากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี ดังผลการศึกษาของ Hatfield (1979) พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นการ

ช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และผลการศึกษาของ Lim and Ahm (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบส่งผลให้เกิดการรับรู้ ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ผลการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำ กิจกรรม (Bandura, 1986) หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็น่าจะมี ความมั่นใจในการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทได้ดี และจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทลดน้อยลง ผู้ดูแลที่มีความคาดหวังในเชิงบวกและมีความเชื่ออย่างสูงในความสามารถของ ตนเองเกี่ยวกับการดูแล น่าจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระที่ลดลงได้ การศึกษาพบว่าสมรรถนะ แห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแล (เบ็ญญา นิ่มนวล, 2547) ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ผู้ดูแลได้

นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล และยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว ป้องกันมิให้เป็นปัญหาต่อตนเองและสังคม การศึกษาของ ลักขณา หนูนาค (2546) พบว่า หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีทำให้ให้สมาชิก ขาดความรัก ขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะนำมาซึ่งปัญหาในการดูแลได้ ในทางกลับกันหาก สัมพันธภาพในครอบครัวดีจะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพัน กันมากขึ้น ช่วยให้อุบัติผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณเองไม่โดดเดี่ยว มีสิ่งผูกพันซึ่งกันและกันช่วยเหลือกัน ใน การแก้ไขปัญหา เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาท ภาระ หน้าที่ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวน่าจะมีผลต่อภาระการดูแลของ ผู้ป่วย

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถวายเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ผู้วิจัยรับรู้ถึงภาระการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เห็นถึงความยากลำบาก ความเครียดและทุกข์ใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำผลการศึกษา ที่ได้ในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแนวทาง

ในการพัฒนาโปรแกรมในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดในการวิจัย

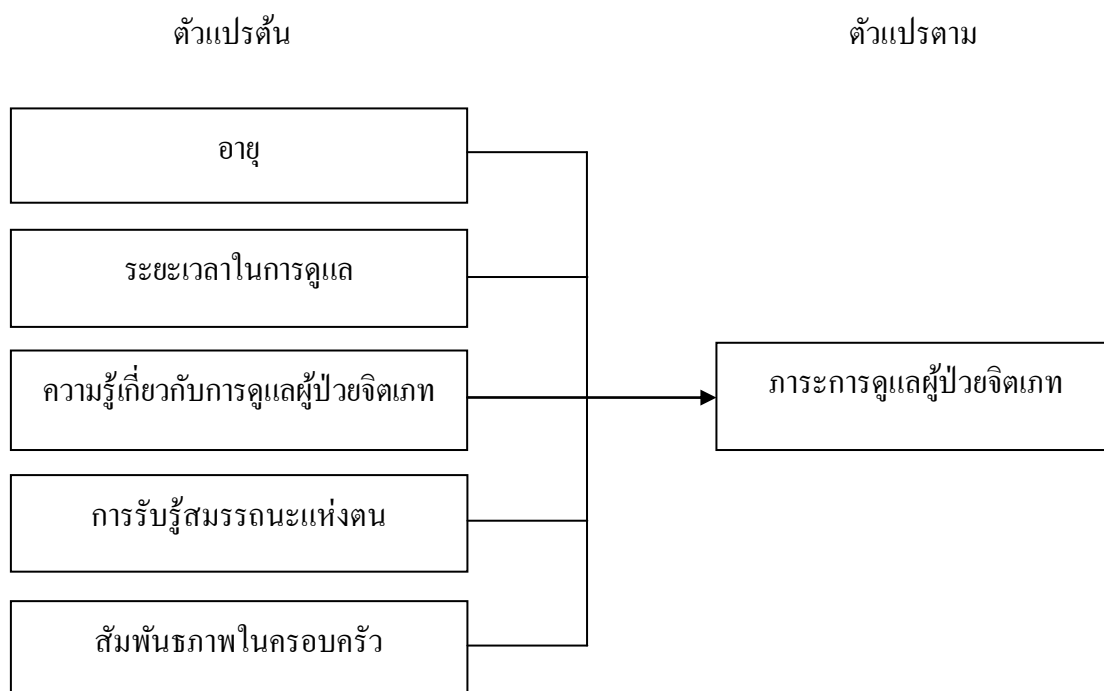
การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) โดย Neuman ได้อธิบายว่าบุคคลเป็นระบบเปิด มีความเป็นพลวัต (Dynamic) และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกอยู่ตลอดเวลา โดยระบบบุคคลมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์ ทำงานร่วมกันในระบบบุคคล ประกอบด้วยแนวป้องกันต่าง ๆ ได้แก่ แนวป้องกันยืดหยุ่น แนวป้องกันปกติ แนวต่อต้าน และโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นปัจจัยจำเป็นต่อสิ่งมีชีวิต ซึ่งแนวป้องกันปกติเป็นแนวที่แสดงถึงระดับภาวะสุขภาพปกติของบุคคล เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวเข้าหากันของระบบบุคคล และสิ่งแวดล้อม เมื่อมีสิ่งคุกคาม (Stressors) ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งสิ่งคุกคามภายในตัวบุคคล (Intrapersonal stressors) สิ่งคุกคามระหว่างตัวบุคคล (Interpersonal stressors) และสิ่งคุกคามภายนอกตัวบุคคล (External stressors) ที่มีผลต่อระบบบุคคล บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม (Reaction to stressors) ซึ่งความเข้มของการตอบสนองของบุคคลขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของแนวป้องกันตลอดจนความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม หากแนวป้องกันดังกล่าวข้างต้น มีความอ่อนแอและสิ่งคุกคามมีความรุนแรง ก็จะส่งผลให้ระบบเกิดการเสียสมดุล ปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกมาก็จะเป็นเชิงลบ เช่น การเกิดปัญหาสุขภาพจิต การพึ่งพาสารเสพติดในวัยรุ่น Neuman (2002) กล่าวว่า เมื่อมีสิ่งเร้าคุกคามหลายอย่างเข้ามาในระบบบุคคล ระบบเกิดการเสียสมดุล บุคคล

ก็จะพยายามปรับตัวต่อสิ่งที่มาคุกคามเพื่อให้คืนสู่สมดุล (Reconstitution)

จากแนวคิดดังกล่าว การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นผลมาจากปัจจัยด้านบุคคลของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของพัฒนาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของจิตวิญญาณ และสัมพันธภาพในครอบครัว จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของสังคม และวัฒนธรรม ถูกรบกวนจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดภายในบุคคลที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ความคาดหวังของครอบครัวกับผู้ดูแลที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ก็เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดระหว่างบุคคลได้ จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดและรับรู้ถึงการเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

สรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาสมาคมของบุคคล โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทุกๆด้านซึ่งถือเป็น สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดภายในตัวบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า อายุของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จึงอาจจะทำให้รับรู้ถึงการเป็นภาระที่น้อย ในอีกแง่มุมหนึ่ง หากผู้ดูแลที่มีอายุมากและยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้เกิดความเครียด และรับรู้ถึงการเป็นภาระการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในตัวเองมากขึ้น อาจทำให้ความเครียดและความรู้สึกถึงการเป็นภาระในการดูแลลดลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคลที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีก็จะทำให้รับรู้ถึงการดูแลน้อย และถ้าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ก็จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการดูแลลดลง สัมพันธภาพในครอบครัวช่วยสนับสนุนบุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ปัจจัยเหล่านี้น่าจะช่วยให้ผู้ดูแลต่อสู้กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและรักษาสมาคมของระบบบุคคลไว้ได้

การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาตัวแปร อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งน่าจะมีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใด ๆ

ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ หรือความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบาก ความทุกข์ใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแล ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) โดยแบ่งภาวะการดูแลเป็น 2 มิติ คือ

- 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต

5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่ในการงานเปลี่ยนแปลง และการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ ทศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียงตลอดเวลา การเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดของการดูแลของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งพัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544)

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับตั้งแต่ปีที่เกิดจนถึงปีที่ประเมิน ได้จากการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนเป็นปีที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเศษของเดือนตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป นับเป็นจำนวน 1 ปี ซึ่งนับตั้งแต่เริ่มให้การดูแลจนถึงวันที่ประเมิน โดยประเมินได้จากการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความหมาย และสาเหตุของโรคจิตเภท การดูแลกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลเรื่องการรับประทานยา การจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินได้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนาโดย สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ตามแนวคิดของ Lefley (1987)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ ผลลัพธ์ตามที่ต้องการเป็นความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม Bandura (1986) โดยประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ของ Jerusalem and Schwarzer (1993) ที่พัฒนาตามแนวคิดของ Bandura (1986) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย เบ็ญจามณี นวมวล (2547)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เน้นการช่วยเหลือ ร่วมรับรู้ถึงความรู้สึก สร้างเสริมความรักความอบอุ่น และช่วยกันแก้ไขปัญหาในครอบครัว ประเมินโดยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Crandall (1980) แปลเป็นภาษาไทย โดย วรรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ (2547)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแล
4. ทฤษฎีระบบของนิวมาน
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ตามการวินิจฉัยแบบ ICD-10 (The 10th Edition of the International Classification Diseases) ว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพ ด้านความคิด และด้านการรับรู้ การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม แต่สภาพความรู้สึกตัวและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ไปบ้างเมื่อป่วยนาน โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติด ที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (World Health Organization [WHO], 2006)

ผู้ป่วยจิตเภท ตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual Disorder Forth Edition: DSM-IV) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสน เป็นต้น และอาการแสดงทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การงานหรือกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่น ๆ ร่วมด้วยเป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (American Psychiatric Association [APA], 2003)

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่มีข้อสันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพความกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคมหรือหลายอย่างรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีสมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทดังนี้

1. สมมติฐานด้านชีวภาพ (Biological hypothesis) แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็นโรคความผิดปกติของสมอง (Brain disorder) โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพสนับสนุนค่อนข้างมาก ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic) จากการศึกษพบว่า ญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ซึ่งความเสี่ยงในประชากรทั่วไปเท่ากับร้อยละ 1 ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นโอกาสเป็นสูง อัตราเสี่ยงในคู่แฝดของผู้ป่วยจากไข่ใบเดียวกัน มีร้อยละ 46 คู่แฝดของผู้ป่วยจากไข่คนละใบ มีร้อยละ 14 เด็กที่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 13 ส่วนเด็กที่มีทั้งพ่อและแม่เป็นโรค ความเสี่ยงนั้นสูงถึงร้อยละ 46 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) สมมติฐานเดิมที่ยังคงได้รับการยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน (Dopamine hyperactivity) โดยเฉพาะบริเวณ Mesolimbic และ Mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ Post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) นั้นออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง Dopamine receptor type 2 ทำให้อาการทางจิตลดลงได้ และพบว่ายาหรือสารที่เพิ่ม Dopamine activity เช่น Amphetamine ทำให้เกิดอาการทางจิตได้ นอกจากนี้ทฤษฎีใหม่สันนิษฐานว่า ในโรคจิตเภทมีความบกพร่องของ Dopamine ในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมี Dopamine dysregulation ที่บริเวณ Striatum โดยเกิดความผิดปกติของการปล่อย Dopamine ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก และยังมีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่าง Serotonin กับ Dopamine ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ คือ Clozapine และ Risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin receptor มากกว่า Dopamine D₂ receptor โดยทั้ง Clozapine และ Risperidone มีฤทธิ์เป็นทั้ง Dopamine และ Serotonin antagonist (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.3 จากการศึกษา สมองผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสียชีวิตแล้วพบว่าสมองส่วน Limbic system ได้แก่ Amygdala hippocampus และ Parahippocampal gyrus มีขนาดเล็กกว่าปกติ นอกจากนี้ MRI Study (Magnetic resonance imaging) ยังพบการเรียงตัวของเซลล์ประสาท ในบริเวณ Hippocampus ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบและมีการศึกษา บางการศึกษาในผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งพบว่า มี Cerebral ventricle โตกว่าปกติซึ่งผู้ป่วย ส่วนใหญ่เหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลง ในบริเวณ Frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน Cognitive มีความสัมพันธ์กับ Prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรค จิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติ ในการทำงานของสมองหลาย ๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ Cortical subcortical connectivity (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

2. สมมติฐานทางด้านจิตสังคม พรทิพย์ โพธิ์มูล (2552) ได้อธิบายการเกิดโรคจิตเภท ตามแนวคิดของ Stuart and Laraia (2001) ดังนี้

ในบุคคลคนหนึ่งมีปัจจัยพื้นฐานที่เป็นองค์ประกอบของบุคคล ได้แก่ กาย จิต และสังคม (Biological psychological and sociocultural component) ที่ไม่สามารถแยกส่วนกันได้ซึ่งเป็น เงื่อนไขตามธรรมชาติของบุคคลทุกคน ปัจจัยทางกาย ประกอบด้วย พันธุกรรม สารชีวเคมีในสมอง โครงสร้างสมอง สภาพทางร่างกาย ด้านจิตใจประกอบด้วย ความสามารถในการคิด ความรู้สึกผิด ชอบ บุคลิกลักษณะ ประสบการณ์ในอดีต แรงจูงใจ กลไกทางจิต และควมมีอำนาจในการ ควบคุมตนเอง องค์ประกอบทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การประกอบอาชีพ ตำแหน่งทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อ ความผูกพัน ฐานะทางสังคม ปัจจัยที่นำไปสู่การมีคุณค่าทางสังคมของบุคคล ในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไป บุคคลมีโอกาที่จะเจอ เหตุการณ์ ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตเป็นตัวสนับสนุนให้เกิดความกดดัน (Stresses) โดยบุคคลต้องใช้พลังงาน อย่างมากในการที่จะปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความกดดันทั้งภายในจิตใจตนเอง และภายนอกจาก สิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นต้องเผชิญอยู่ ให้กลับสู่ภาวะสมดุล การปรับตัวจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเป็นธรรมชาติของสิ่งนั้น ลักษณะ ชนิด ความรุนแรงของความกดดันนั้นเกิดจาก อะไร เกิดช่วงเวลาใด และจำนวนครั้งของการเกิดสิ่งคุกคาม หลังจากนั้นบุคคลจะประเมินค่าสิ่งที่ เกิดขึ้นว่ามีผลอย่างไรต่อตัวเอง สิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นประเมินค่าอย่างไร ได้แก่ ความคิด สภาพอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางร่างกาย พฤติกรรม และทางสังคม ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมีการใช้แหล่งสนับสนุน ได้แก่ ความสามารถส่วนบุคคล

แหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทรัพย์สินสมบัติ ความเชื่อทางบวก บุคคลจะดึงสิ่งเหล่านี้มาใช้ในการจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ถ้าบุคคลมีการปรับตัวหรือจัดการได้อย่างเหมาะสม ก็จะนำไปสู่การปรับตัวได้โดยมีการใช้กลไกป้องกันทางจิตหรือการถดถอยของจิตใจ โดยที่เจ้าตัวไม่รู้ตัว ในระดับที่น้อยที่สุด มีการคิด การรับรู้ปกติ มีพฤติกรรมที่เหมาะสม อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ไม่เกิดปัญหาหรืออาการของโรคทางจิตเวชขึ้น

ถ้าบุคคลจัดการได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ มีการใช้กลไกทางจิต มากกว่าปกติอาจมีอาการทางประสาท ได้แก่ อาการย้ำคิด ย้ำทำ การตอบสนองทางอารมณ์ที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป การแสดงพฤติกรรมที่แปลกจากปกติหรือการแยกตัวจากผู้อื่น และถ้าบุคคลที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีการจัดการที่ล้มเหลวหรือไม่สามารถปรับตัวได้ มีการใช้กลไกทางจิตที่มากกว่า นำไปสู่การคิดที่ปกติ มีอาการประสาทหลอน หลงผิด มีอารมณ์ พฤติกรรมที่ผิดปกติแยกตัวจากสังคม ซึ่งเป็นลักษณะอาการทางจิต

จากแนวคิดดังกล่าว อธิบายการเกิด โรคจิตเภทได้ว่าบุคคลที่เป็น โรคจิตเภทอาจมีปัจจัยพื้นฐานที่เป็นองค์ประกอบของบุคคลที่ไม่เข้มแข็ง ปัจจัยทางกาย ได้แก่ พันธุกรรม โครงสร้างของสมองผิดปกติ ทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง มีการตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ ทำทางไม่เป็นมิตร หรือจู้จี้ ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป หรือครอบครัวที่เลี้ยงดูเด็กแบบเข้มงวดกดขี่หรือปล่อยปละละเลย และสภาพทางเศรษฐกิจต่ำ ปัจจัยเสี่ยงที่พบในบุคคลที่เป็น โรคจิตเภทจะแตกต่างกันในแต่ละคน เมื่อพบความกดดัน (Stress) ซึ่งอาจเป็นความกดดันทางชีวภาพ เช่น การเจ็บป่วย การได้รับพิษของสิ่งเสพติดบางอย่าง หรือได้รับเชื้อ โรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ทางด้านจิตวิทยาหรือสังคม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความผิดหวังเรื่องการเรียน ความรัก ตำแหน่งหน้าที่การงาน เงินทอง ชื่อเสียง หรือปัญหาในครอบครัว ตกงาน เป็นต้น บุคคลนั้นจะมีการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น ถ้าไม่สามารถประเมินได้สอดคล้องตามความเป็นจริง ไม่สามารถใช้แหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือ หรือมีแต่ไม่เข้มแข็งพอ เช่นฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ มีความล้มเหลวในการปรับตัว ใช้กลไกทางจิตชนิดไม่เหมาะสมมากกว่าปกติจนเกิดเป็นความผิดปกติของกระบวนการคิด หลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมแปลกประหลาด แยกตัวจากสังคม ซึ่งเป็นอาการของโรคจิตเภท

โดยสรุปแล้ว ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทแต่ละรายอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน และบางรายก็บอกสาเหตุได้ยากมาก ปัจจัยบางอย่างก็เป็นตัวโน้มนำ (Predisposing) และบางอย่างก็เป็นตัวส่งเสริมหรือกระตุ้น (Precipitating) (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545)

ลักษณะอาการทางคลินิก

โรคจิตเภทมีอาการและอาการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะเป็นจำนวนมาก อาการของโรคจิตเภทสามารถแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ

กลุ่มอาการด้านบวก คืออาการที่แสดงออกของการทำงานที่มากเกินไปหรือบิดเบือนไปมาก (Distortion) แบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1. ด้านอาการ โรคจิต (Psychotic dimension) ซึ่ง ได้แก่

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในได้บ่อย ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้าย กลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่น หรือเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดในโทรทัศน์วิทยุ เป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง (Delusion of reference) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษ หรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (Thought broadcasting) อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักรในการวินิจฉัย ได้แก่ Bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก เป็นไปไม่ได้เลย เช่น เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับสัญญาณคลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจบางอย่างมาบังคับให้ตนเองทำตามทุกอย่างโดยฝืนไม่ได้ เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่น ๆ

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) หมายถึง มีการรับรู้ทั้งที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อย คือ ประสาทหลอนทางหู ผู้ป่วยมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องเป็นราว ลักษณะที่พบบ่อย คือ แ่ววเสียงคนพูดคุยกันหรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรืออาจเป็นเสียงต่อว่าผู้ป่วย ประสาทหลอนที่พบรองลงมาคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ และมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ เช่น ได้กลิ่นแปลก ๆ หรือลิ้นรับรู้รสแปลก ๆ พบได้แต่ไม่บ่อย

2. ความคิด พฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบกระจัดกระจาย (Disorganization dimension)

2.1 ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech) คือ การที่ผู้เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถลำดับความคิดและขาดความคิดในการเชื่อมโยงของเหตุผล โดยจะพบได้จากการที่ถามตอบไม่เข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง คำพูดไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นเรื่องหนึ่ง ความผิดปกติที่เรียกว่า Loose association ทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

2.2 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior) คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่าง ๆ เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก กระวนกระวายอย่างรุนแรง บางรายปัสสาวะกลางที่สาธารณะ หรือบางรายจู่ ๆ ก็ร้องตะโกนโดยไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น

บางครั้ง อาจแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด การแต่งกายสกปรก เป็นต้น ส่วนการมีพฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย (Catatonia) มักพบในผู้ป่วยที่เป็นแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่พูด ไม่รับรู้ต่อสภาวะแวดล้อม (Catatonic stupor) แขนขา ลำตัวเกร็งตลอดเวลา (Catatonic rigidity) มีการต่อต้านทำตรงข้ามคำสั่ง (Catatonic negativism) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ (Catatonic posturing) และมีอาการคลุ้มคลั่ง (Catatonic excitement) เป็นต้น

กลุ่มอาการด้านลบ คืออาการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี (Negative dimension) ได้แก่ ไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (Alogia) หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา โดยรวมแล้วการแสดงออกลดลงมาก (Activity fatigue) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มมีตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจน ในผู้ป่วยจิตเภทบางคน อาการเด่นจะแสดงออกมาเฉพาะในลักษณะอาการทางลบ โดยไม่พบว่ามีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี (ธีระ ลีลา นันทกิจ, 2550; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

การดำเนินของโรค

การดำเนินของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ดังนี้

1. ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ มีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อใด โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแย่ลงเรื่อย ๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต โดยส่วนใหญ่ มักเป็นกลุ่มอาการทางบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเฉื่อยเมวมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับ

ผิดปกติไป แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่เป็นจำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งจะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เกิดในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ตามลักษณะอาการดังนี้

1. ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) การรักษาในระยะนี้สิ่งที่สำคัญคือ ต้องควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็วด้วยการรักษาทางยา จะเป็นการใช้ยาประเภทที่ออกฤทธิ์ทำให้สงบ (Sedating effect) ส่วนการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตต้องใช้เวลานานถึงจะเห็นผล แต่หากอาการทางจิตรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าพร้อมการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม

2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการของผู้ป่วยสงบลงแล้ว ยังต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อคุมอาการต่อ ระยะนี้ต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อปรับยาต้านโรคจิตให้มีความเหมาะสมกับอาการทางจิต จนสามารถควบคุมอาการได้ พร้อมทั้งให้การบำบัดรักษาด้านจิตสังคม เช่น การทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม การทำครอบครัวบำบัด การส่งเสริมด้านทักษะชีวิต เป็นต้น ควบคู่กับการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม

3. ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ การรักษาด้วยยานั้นนอกจากจะช่วยคงสภาพอาการทางจิต ยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ระยะนี้ใช้การรักษาทางจิตสังคมร่วมด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยครั้งแรกอาการดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ส่วนใหญ่จำเป็นต้องให้ยาดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน บางรายอาจเป็นถึง 5 ปี หรืออาจต้องใช้เวลาดตลอดชีวิต

สรุป ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทที่แน่ชัด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะอาการที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทจึงขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ขาดความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ผู้ป่วย

จิตเภทมักจะขาดยา/ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และมีอาการกลับเป็นซ้ำเป็นช่วง ๆ ในขณะที่การกลับเป็นซ้ำจะเพิ่มภาวะทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่มากจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ มีความเสื่อมด้านบุคลิกภาพมากขึ้นจนไม่สามารถรับผิชอบบพบาทหน้าที่และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องมีคนดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และที่สำคัญคือการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจให้สามารถช่วยตนเองได้หรือเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใด ๆ ไม่จำกัดระยะเวลาในการดูแล

ผู้ดูแลตามความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลเป็น 2 ประเภท Horowitz (1985) ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Major/ Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Give direct care) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น โดยผู้รับการดูแลเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่อาจเกิดจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย ความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น หลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง ที่มีผลทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษา

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องและไม่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็นหรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

การที่บุคคลใดจะเป็นผู้ดูแล หรือบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลนั้น อาจขึ้นอยู่กับสาเหตุหรือปัจจัยของการเป็นผู้ดูแลหลายอย่าง (ชูชื่น ชิวพุดผล, 2541) ได้แก่

1. บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและร่วมเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด

2. สัมพันธภาพ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ดีกับผู้รับความช่วยเหลือ จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใย ซึ่งมักจะกลายเป็นผู้ให้การดูแล

3. ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้รับความช่วยเหลือ หรือเข้าใจในโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น บุตรเป็นแพทย์ หรือพยาบาล บุคคลนั้นก็มีความโน้มเอียงที่จะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

4. การยอมรับของผู้รับความช่วยเหลือ มีผู้รับความช่วยเหลือบางรายที่เลือกที่จะรับการดูแลจากสมาชิกหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้นที่ตนสนใจ

5. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแลที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส งานที่ทำอยู่ประจำ ดังเช่น บุตรที่ทำงานอยู่ไกล และทำประจำทุกวัน ย่อมมีเวลาหรือความสะดวกในการดูแลน้อยกว่าบุตรที่ทำงานอยู่บ้าน หรือไม่ได้ทำงาน

6. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำ มักจะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวให้น้อยที่สุด

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการพิจารณาผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและน่าจะมีผลกระทบต่อการรับรู้ภาระในการดูแลด้วย

ภาระการดูแล

ความหมายของภาระการดูแล

George and Dwyther (1986) ให้ความหมายว่า เป็นความยากลำบาก หรือเป็นสิ่งรบกวนสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งคล้ายกับความหมายของ Platt (1985) ได้ให้ไว้ว่าเป็นปัญหา ความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย หรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ภาระยังเป็นการรับรู้ถึงผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย และผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (Poulshock & Demling, 1984) ภาระการดูแลนั้นเกิดขึ้นจากความต้องการ เวลา แรงงาน ในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thompson, Futterman, Gallagher-Thompson, Rose, and Lovett (1993) ที่กล่าวถึงภาระว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประเมินสถานการณ์ในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมาก จะมีภาระน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตนเอง มีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าภาระการดูแล

มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม

Pai and Kapur (1981) ซึ่งการศึกษาถึงภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท กล่าวถึงภาระว่า นอกจากจะเป็นปัญหาแล้ว ยังเป็นความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากงาน และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่สามารถประเมิน ได้ชัดเจน ได้แก่ การรบกวนเวลาส่วนตัว การรบกวนด้านเศรษฐกิจรายได้หรือการพึ่งพาทางการเงิน การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และผลกระทบที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้รู้สึกท้อแท้ วิตกกังวล อารมณ์เสีย หรือขุ่นเคือง และรู้สึกถูกพึ่งพา การที่ผู้ดูแลรับรู้ปัญหา ความยากลำบาก หรือสิ่งรบกวนต่อตนเอง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภาระที่เกิดขึ้น

Montgomery et al. (1985) ได้แบ่งภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยา ตอบสนองทาง อารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือยร้อน อับอาย ความโกรธ ความ กังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

2. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิด จากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การ งานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ ดังกล่าวข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งการประเมิน ในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้น ๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควร พิจารณาให้เหมาะสมกับภาระในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน เพื่อที่จะให้การประเมิน ภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาภาระ ในการดูแล โดยใช้วิธีการประเมินตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระในการ ดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) และภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เนื่องจากเป็นการมองภาระที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับ การศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนเกี่ยวกับความหมายของคำว่าภาระที่กล่าวมาข้างต้น จึงพอสรุปได้ว่า ภาระจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแล ต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ว่าเป็นปัญหา ความยุ่งยากหรือเป็นสิ่งที่รบกวนต่อ ตนเองในการดำเนินชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม

ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัว ในขณะที่มีอาการเพียงทุเลา และผู้ป่วยจะมีความเสื่อมถอยของความสามารถด้านความคิด การตัดสินใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถหายเป็นปกติ คือทุเลาอาการแบบไม่สมบูรณ์ (Incomplete remission) ผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตได้ในสังคม แต่จะมีอาการกำเริบเป็นบางครั้งหรือยังมีอาการหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหลงผิดซึ่งไม่รุนแรงเหมือนขณะอาการกำเริบ เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตัวเอง เป็นต้น (ธนู ชาติธนานนท์, 2537) การรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อคงสภาพการรักษาและหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการจึงจำเป็น นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่ต้องคอยช่วยฟื้นฟูสภาพ การทำหน้าที่และควบคุม ปรับพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งต้องร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพด้านจิตเวช ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ต้องทำหน้าที่ดูแลและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยในระบะที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ และต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยบางกิจกรรม หรือแทบทั้งหมด ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ผลกระทบต่าง ๆ จึงเกิดขึ้นกับผู้ดูแล

Pai and Kapur (1981) แบ่งภาระเป็น 2 ด้าน คือ ภาระที่มีอยู่จริง (Objective burden) เป็นความยุ่งยาก หรือปัญหาที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่สามารถวัดและประเมินได้อย่างชัดเจน 24 ข้อ และภาระตามความรู้สึก (Subjective burden) เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อการดูแลผู้ป่วย 1 ข้อ และแบ่งภาระเป็น 6 ด้าน ตามผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจการเงิน 2) ด้านการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันของครอบครัว 3) การรบกวนเวลาและความมีอิสระของผู้ดูแล 4) การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว 5) ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และ 6) ผลกระทบด้านจิตใจ และ Martyns-Yellow (1992) ได้นำแบบวัดของ Pai and Kapur (1981) มาดัดแปลงในการศึกษาถึงภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และพบว่า ภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ Reinhard (1994) พบว่า ผู้ดูแลมีภาระเชิงประนีมากที่สุดคือ ความเป็นส่วนตัวลดลง มีความขัดแย้งในครอบครัว และมีผลกระทบกับกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ ส่วนด้านภาระเชิงอัตนัยพบว่า ผู้ดูแลวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตสูงสุด รู้สึกสูญเสีย รู้สึกเป็นตราบาป และเหมือนติดกับดัก ตามลำดับ

พัชรี คำธิตา (2546) ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในด้านการดำเนินชีวิตส่วนตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการและสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานอาหารมากกว่าเดิม หรือเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง บางรายมีอาการของโรคกระเพาะอาหาร

เช่น ปวดท้อง บางรายนอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อย ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง จนสุขภาพเสื่อมโทรม และสัมพันธภาพทางสังคมลดลง ส่วนด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ลำบากใจ ร้องไห้บ่อย ๆ หมุดกำลังใจ รู้สึกอับอาย และท้อแท้ และการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาทิกา (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลร้องไห้บ่อย และหมุดกำลังใจ

ทิปประพิน สุขเขียว (2543) ที่ได้นำแบบวัดของ Pai and Kapur (1981) มาดัดแปลงในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยได้เพิ่มข้อคำถามอีก 3 ข้อสำหรับภาวะตามความรู้สึก เพื่อให้มีความละเอียดและครอบคลุมมากขึ้นในการวัดภาวะตามความรู้สึก โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน ตามแบบวัดของ Pai and Kapur พบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับที่ไม่เป็นภาวะ การดูแลการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า จากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตและเสียสมดุลในชีวิต และผู้ดูแลรับรู้ว่ามีสิ่งเหล่านี้คือภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ทฤษฎีระบบของ Neuman

ตามแนวคิดการพยาบาลของ Neuman (2002) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิด มีความเป็นพลวัต (Dynamic) และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกอยู่ตลอดเวลา โดยในระบบบุคคลมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์ ทำงานร่วมกัน โดยในระบบบุคคล ประกอบด้วยแนวป้องกันต่าง ๆ ได้แก่ แนวป้องกันต่าง ๆ ได้แก่ แนวการป้องกันยืดหยุ่น แนวการป้องกันปกติ แนวการต่อต้าน และโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นปัจจัยจำเป็นต่อสิ่งมีชีวิต ซึ่งแนวป้องกันปกติเป็นเส้นที่แสดงถึงระดับภาวะสุขภาพปกติของบุคคล เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวเข้าหากันของระบบบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อมีสิ่งคุกคาม (Stressors) ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งสิ่งคุกคามภายในตัวบุคคล (Intrapersonal stressors) สิ่งคุกคามระหว่างตัวบุคคล (Interpersonal stressors) และสิ่งคุกคามภายนอกตัวบุคคล (External stressors) ที่มีผลต่อระบบบุคคล บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม (Reaction to stressors) ซึ่งความเข้มของการตอบสนองของบุคคลขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของแนวป้องกัน ตลอดจนความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งหากแนวป้องกันดังกล่าว มีความอ่อนแอและสิ่งคุกคามมีความรุนแรง ก็จะส่งผลให้ระบบเกิดการเสียสมดุล ปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกมาจึงเป็นเชิงลบ เช่น การเกิดปัญหาสุขภาพจิต การพึ่งพาสารเสพติดในวัยรุ่น ซึ่ง Neuman (2002) กล่าวว่า

เมื่อมีสิ่งรบกวนคุกคามหลายอย่างที่เกิดขึ้นเข้ามาทำให้ระบบเกิดการเสียสมดุล บุคคลก็จะพยายามปรับตัวต่อสิ่งที่มาคุกคามเพื่อคืนสู่สมดุล (Reconstitution)

มโนคติหลักของทฤษฎีระบบของ Neuman

บุคคล (Person or client)

บุคคลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Neuman ได้กล่าวถึงผู้รับบริการหรือระบบของผู้รับบริการ ประกอบไปด้วยเส้นต่าง ๆ ได้แก่ แนวป้องกันยืดหยุ่น แนวปกติ แนวต่อต้าน ที่อยู่โดยรอบโครงสร้างพื้นฐานหรือจุดแกนกลางซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ต่อมาเป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น (Flexible line of defense) แนวป้องกันยืดหยุ่นเป็นเส้นที่อยู่วงนอกสุดที่ล้อมรอบแนวป้องกันปกติ (Normal line of defense) ทำหน้าที่เสมือนตัวกันชน (Buffer) เพื่อให้ระบบอยู่ในภาวะปกติสุข หรือสมดุล คอยป้องกันมิให้สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดผ่านเข้ามาในระบบของผู้รับบริการ ปกป้องระบบให้รอดพ้นจากอันตราย ไม่ให้เข้าไปในชั้นของแนวต่อต้าน (Line of resistance) ซึ่งอยู่ชั้นในสุด โดยแนวป้องกันยืดหยุ่น มีองค์ประกอบ 5 ประการ มีการทำหน้าที่เฉพาะของแต่ละส่วน ได้แก่ แบบแผนการเผชิญความเครียด แบบแผนการดำเนินชีวิต พัฒนาการวัฒนธรรม และระบบความเชื่อ ซึ่งจะช่วยให้ระบบสามารถปรับตัวต่อสิ่งรบกวนต่าง ๆ เพื่อรักษาสมดุล หรือดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติของระบบ การขาดประสิทธิภาพในการทำงานของแนวป้องกันยืดหยุ่นจะทำให้สิ่งรบกวนเข้าไปสู่แนวป้องกันปกติ ทำให้ลดความสามารถของระบบในการตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิตที่เข้ามา เช่น ระยะเวลาการ การปรับตัวของบุคคล และเมื่อสิ่งรบกวนที่ผ่านแนวปกติเข้ามา เมื่อเข้ามาถึงแนวป้องกันชั้นในสุด คือแนวต่อต้าน (Line of resistance) ซึ่งเป็นแนวที่ทำหน้าที่ค้ำจุน โครงสร้างพื้นฐานภายในบุคคล หากระบบไม่สามารถปรับตัว ต่อสู้กับสิ่งรบกวน ขาดประสิทธิภาพในการทำงานของแนวป้องกันต่อต้าน จะนำไปสู่การเสียสมดุล และเสียชีวิตได้ ดังนั้นเป้าหมายของการพยาบาลคือการรักษาสมดุลของระบบของผู้รับบริการ การปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นการกระทำใด ๆ เพื่อไม่ให้ระบบดำเนินไปสู่ความถดถอย หรือความเจ็บป่วย การช่วยให้ระบบของผู้รับบริการมีการคงตัวและช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัวให้ระบบมีความสมดุลเพื่อมุ่งไปสู่ความผาสุกมากที่สุด ในภาวะสุขภาพ (Neuman, 2002)

สิ่งแวดล้อม (Environment)

หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายใน หรือที่มีอิทธิพลแวดล้อมผู้รับบริการ หรือระบบผู้รับบริการ หรือบุคคลจะมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อม หรือได้รับอิทธิพลจากแรงผลักดัน (Force) ในสิ่งแวดล้อมทั้งทางบวก และทางลบสิ่งแวดล้อมภายในประกอบด้วยแรงผลักดันหรืออิทธิพลภายในขอบเขตของระบบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับมโนคติของปัจจัย หรือสิ่งรบกวนชีวิตภายในบุคคลสิ่งแวดล้อมภายนอกประกอบด้วยแรงผลักดัน หรืออิทธิพลภายนอก ซึ่งอยู่ภายนอก

ขอบเขตของระบบ มีความสัมพันธ์กับนิยามของปัจจัย หรือสิ่งรบกวนชีวิตทั้งภายในและระหว่างบุคคลสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์ (Created-environment) เป็นตัวแทนพลังงานของระบบเปิด ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมชนิดนี้บุคคลพัฒนาขึ้นโดยไม่รู้ตัวสิ่งรบกวนชีวิต เป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด หรือเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกขอบเขต ระบบของผู้รับบริการ สิ่งรบกวนชีวิตมากกว่า 1 อย่าง อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการเมื่อใดก็ได้สิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อมจำแนกออกเป็นภายใน ระหว่าง และภายนอก กล่าวคือ อาจเกิดขึ้นภายในและภายนอกบุคคลสิ่งรบกวนชีวิตภายในบุคคล (Intrapersonal stressor) เกิดขึ้นภายในขอบเขต เช่น ปฏิกริยาตอบโต้ในสถานการณ์ต่าง ๆ สิ่งรบกวนชีวิตระหว่างบุคคล (Interpersonal stressor) เป็นสิ่งรบกวนชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นภายนอกขอบเขตของบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล เช่น การคาดหวังในบทบาทของบุคคล แบบแผนการติดต่อสื่อสารสิ่งรบกวนชีวิตภายนอกบุคคล (Extrapersonal stressor) เกิดขึ้นภายนอกขอบเขตของบุคคล ในระยะไกล เช่น นโยบายทางสังคม เศรษฐกิจ

สุขภาพ (Health of wellness)

Neuman มองว่าสุขภาพอยู่บนความต่อเนื่องคนละด้านกับความเจ็บป่วย สุขภาพของบุคคลนั้นเท่ากับภาวะสมดุลสูงสุดของระบบ กล่าวคือ เป็นภาวะปกติสุข (Wellness state) สุขภาพของผู้รับบริการจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับอยู่ในขอบเขตปกติอาจดีขึ้น หรือเลวลงได้ตลอดเวลาตลอดชีวิต เนื่องจากปัจจัยทางโครงสร้างพื้นฐานและความพึงพอใจ หรือไม่พอใจในการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิต ซึ่งมีอยู่ในสิ่งแวดล้อม Neuman มองสุขภาพในลักษณะที่เป็นพลังงานของการดำรงชีวิต ความต่อเนื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วย หมายถึง มีพลังงานนำเข้าอย่างต่อเนื่องระหว่างระบบกับสิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจสุขภาพ คือ การตัดสินใจของสิ่งรบกวนชีวิตต่อบุคคลในลักษณะของระดับของพลังงานในตัวบุคคล บุคคลจะดำเนินชีวิตไปสู่ภาวะสุขภาพดีเมื่อพลังงานถูกสร้างและเก็บสะสมเอาไว้มากกว่าการนำไปใช้ และเมื่อพลังงานถูกสร้างและเก็บสะสมเอาไว้มากกว่าการนำไปใช้ และเมื่อพลังงานถูกใช้มากกว่าการสร้าง บุคคลจะเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยหรือถึงแก่ชีวิต

การพยาบาล (Nursing)

เป้าหมาย หรือความสนใจของการพยาบาล คือ การรักษาความสมดุลของระบบของผู้รับบริการ โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นของสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม และช่วยผู้รับบริการให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาหนึ่งการปฏิบัติการพยาบาล คือ การริเริ่มที่จะคงไว้ ใ้ได้รับ และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีที่สุดของบุคคล โดยการใช้การป้องกัน 3 ชนิด ในการ

ปฏิบัติเพื่อจะรักษาสมดุลของระบบ ในการรักษาสมดุลของระบบนั้นพยาบาลจะสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระหว่างผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลการป้องกันในฐานะการปฏิบัติ การพยาบาล (Prevention as intervention) ซึ่งอาจจะเป็นตอนที่เรารับต้นเหตุของความเครียด หรือบุคคลยังมีสุขภาพดีแต่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น

การป้องกันระยะแรก เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะปกติ โดยการป้องกันแนวการป้องกันของบุคคล ด้วยการเสริมสร้างแนวยึดหยุ่นของการป้องกันตัว เป้าหมายของการป้องกันระยะแรก คือ การส่งเสริมภาวะปกติสุขของบุคคล โดยการป้องกันความเครียด หรือสิ่งรบกวนชีวิต และลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

การป้องกันระยะที่ 2 เป็นการรักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ เพื่อตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิต เป็นการป้องกันโครงสร้างพื้นฐาน โดยการเสริมสร้างความแข็งแรงของแนวต่อต้าน มีเป้าหมายอยู่ที่การรักษาอาการที่ปรากฏ เพื่อจะคงไว้เพื่อความสมดุลของระบบ และการคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ 2 ไม่สามารถที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวใหม่/ ปรับปรุงแต่งขึ้นใหม่ บุคคลจะถึงแก่ชีวิต

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงภาวะปกติสุขในระดับสูงสุดของบุคคล โดยการสร้างเสริมความแข็งแรงของตัวแปรต่าง ๆ และคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ 3 จะเริ่มเมื่อบุคคลมีการปรับปรุงแต่งขึ้นใหม่ (Reconstitution) ภายหลังการรักษาพยาบาล กล่าวคือ เมื่อระบบเริ่มเข้าสู่ภาวะสมดุล การปรับปรุงแต่งขึ้นใหม่ในระยะนี้ขึ้นอยู่กับการใช้แหล่งทรัพยากรของบุคคลในการป้องกันมิให้ปฏิกิริยาตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิตดำเนินต่อไปได้อีก ทั้งนี้เป็นการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิตโดยการใช้ปัจจัยต่าง ๆ และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่อย่างผสมผสานเพื่อภาวะสมดุลของระบบ หรือการดำรงภาวะปกติสุข ผลของการปรับปรุงแต่งขึ้นใหม่ อาจทำให้บุคคลกลับสู่ภาวะสมดุล หรือภาวะปกติสุขได้ในระดับสูงสุดกว่าเดิม เท่าเดิม หรือต่ำกว่าเดิม

การปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นในการป้องกันทั้ง 3 ระยะนั้น จะใช้กลวิธีเช่นใด ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ระดับของปฏิกิริยาตอบโต้ที่ระบบผู้รับบริการ กระทำเพื่อตอบโต้กับต้นเหตุของความเครียดที่มากระทบ หากยังไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้เกิดขึ้นการปฏิบัติก็จะเป็นลักษณะของการป้องกันระยะแรก ถ้ามีปฏิกิริยาตอบโต้เกิดขึ้นแล้ว การป้องกันระยะที่ 2 ก็เกิดขึ้น และหากว่ามี การสร้างขึ้นมาใหม่เกิดขึ้นบ้าง การป้องกันระยะที่สามจะต้องดำเนินควบคู่กันกับการป้องกันระยะที่ 2

2. ทรัพยากร ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวของ Neuman นั้น พยาบาลจะต้องวางแผนการปฏิบัติให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบผู้รับบริการ เพื่อให้เป้าหมายที่ตั้งไว้ บรรลุผล

3. เป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะที่จะเกิดขึ้นนั้น จะเริ่มต้นอย่างไร อะไรควรทำก่อนหลังขึ้นอยู่กับภารกิจลำดับจุดมุ่งหมายที่พยาบาลกำหนดไว้ อะไรเป็นเป้าหมายเร่งด่วน เป้าหมายระดับกลาง และเป้าหมายระยะยาว

4. ผลที่คาดหวัง องค์กรประกอบนี้เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติการได้ เนื่องจากหากพยาบาลประสงค์จะให้ผลที่คาดหวังเกิดขึ้นอย่างถาวร การวางแผนการปฏิบัติต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติทั้ง 3 ระยะ อาจจะต้องกระทำร่วมกันอยู่เสมอแยกเป็นระบบหรือเป็นช่วงไม่ได้

Neuman ได้อธิบายสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดดังนี้

1. สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal stressor) เป็นสิ่งรบกวนที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในของบุคคลหรือระบบของบุคคล เช่น การตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดระหว่างบุคคล (Interpersonal stressor) เป็นสิ่งรบกวนที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกขอบเขตของผู้รับบริการ เช่น บทบาทตามความคาดหวัง หรือแบบแผนในการติดต่อสื่อสารการไม่พูดกัน การกระทำ การขาดการกระทำ

3. สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดภายนอกบุคคล (Extra personal stressor) เป็นสิ่งรบกวนที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมที่อยู่นอกขอบเขตของบุคคลหรือนอกระบบของบุคคล เช่น นโยบายทางสังคม กฎระเบียบของสังคม สภาพเศรษฐกิจ

เมื่อได้รับสิ่งคุกคาม และทำให้เสียสมดุลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของแนวต้านทาน และแนวป้องกันซึ่งจะเกิดขึ้น โดยมีอยู่ตามธรรมชาติ หรือหามาได้จากการเรียนรู้ เช่น ลักษณะเฉพาะของโครงสร้างพื้นฐาน แรงต้านทานตามธรรมชาติ และจากการเรียนรู้ เวลาที่สาเหตุของความเครียดมากระทบ ความแรงและชนิดสิ่งคุกคาม ประสบการณ์ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทน ทำให้ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทให้เหมาะสม เพื่อให้ทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะได้รับผลกระทบโดยตรงจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้น ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเบื่อหน่าย เหนื่อยหน่าย

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อมีการเจ็บป่วยต้องรับการรักษาไปตลอดชีวิตด้วยการรักษาวิธีต่าง ๆ แต่ที่สำคัญที่สุดคือยาต้านอาการทางจิต ซึ่งในการรักษานั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่รุนแรง ครอบคลุมการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่เมื่ออาการทางจิตทุเลาลง ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยมีครอบครัวช่วยดูแล ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านมากกว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงตกเป็นของครอบครัว และครอบครัวได้จัดหาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่คือสมาชิกครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกันกับผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลมาจากการรักษาสมดุลของบุคคล โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทุก ๆ ด้านซึ่งถือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดภายในตัวบุคคล เช่น อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จึงอาจจะทำให้รับรู้ถึงการเป็นภาระที่น้อย ในอีกแง่หนึ่งหากผู้ดูแลที่มีอายุมากและยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้เกิดความเครียด และรับรู้ถึงการเป็นภาระการดูแลมาจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนาน นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในตัวเองมากขึ้นและอาจทำให้ความเครียดในการดูแลลดลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคลที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบบุคคล และสัมพันธภาพในครอบครัวช่วยสนับสนุนบุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ช่วยให้ผู้ดูแลต่อสู้กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและรักษาสมดุลของระบบบุคคลไว้ได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิดที่มีความเป็นพลวัต (Dynamic) และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยในแต่ละบุคคลมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ประกอบด้วย สรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์ ทำงานร่วมกันโดยในระบบบุคคล ประกอบด้วยแนวป้องกันต่าง ๆ ได้แก่ แนวการป้องกันยืดหยุ่น แนวการป้องกันปกติ แนวการต่อต้าน และโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นปัจจัยจำเป็นต่อสิ่งมีชีวิต ซึ่งแนวป้องกันปกติเป็นเส้นที่แสดงถึงระดับภาวะสุขภาพปกติของบุคคล เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวเข้าหากันของระบบบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อมีสิ่งคุกคาม

(Stressors) อาจเป็นได้ทั้งสิ่งคุกคามภายในตัวบุคคล (Intrapersonal stressors) สิ่งคุกคามระหว่างตัวบุคคล (Interpersonal stressors) และสิ่งคุกคามภายนอกตัวบุคคล (External stressors) ที่มีผลต่อระบบ และจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม (Reaction to stressors) ซึ่งหากแนวป้องกันดังกล่าว มีความอ่อนแอและสิ่งคุกคามมีความรุนแรง ก็จะส่งผลให้ระบบเกิดการเสียสมดุล ความเข้มแข็งของแนวต้านทานและแนวป้องกันซึ่งจะเกิดขึ้นโดยมีอยู่ตามธรรมชาติ หรือหามาได้จากการเรียนรู้ เช่น ลักษณะเฉพาะของโครงสร้างพื้นฐาน แรงต้านทานตามธรรมชาติ และจากการเรียนรู้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะถูกกระทบจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียดภายในบุคคลที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ความคาดหวังของครอบครัวกับผู้ดูแลที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ก็เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดระหว่างบุคคลได้ จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดและอาจรับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

อายุของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนพัฒนาการของบุคคล อายุเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิต ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะผ่านเรื่องราวต่าง ๆ มากกว่าจึงมีโอกาสที่จะได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต ทำให้เข้าถึงความจริงรู้เท่าทัน รู้ในการกระทำว่าสิ่งใดดีสิ่งใดควรทำนำไปสู่พฤติกรรมทำความดีเพื่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสาธารณะ ลดละความเห็นแก่ตัว จึงทำอาจทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีการรับรู้ถึงภาระการดูแลและน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจจะทำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลที่แตกต่างกัน (Cook et al., 1994; Lefley, 1987) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะรับรู้ภาระการดูแลจะน้อย (Montgomery et al., 1985) การศึกษาของ ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่า อายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับภาระการดูแล และผลการศึกษาของ รจนา ปุณโณทก (2550) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมาก การรับรู้ภาระการดูแลก็จะมากตามเช่นกัน ผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล อาจเกี่ยวข้องกับการผ่านประสบการณ์ชีวิตเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นอาจทำให้บุคคลมีโอกาที่จะได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากประสบการณ์ทำให้สามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีจึงนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตที่ดีได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนใหญ่มักจะเป็นบิดา/ มารดา พี่/ น้อง ของผู้ป่วยจิตเภทและทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลานาน ในขณะที่การเจ็บป่วยเรื้อรังอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ของตนมากขึ้น แต่การดูแลจะยังคงดำเนินต่อไป จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง จะมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างไรกับบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ ผู้ดูแลจะมีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่หรือไม่ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอายุของผู้ดูแลก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาในการดูแล ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนพัฒนาการของบุคคล จากการศึกษาของ Doornbos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุปว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนาน ทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจน้อยลง ผู้ดูแลหลายคนมีสุขภาพที่แย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอน และระบบทางเดินอาหาร จากการศึกษาที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานาน (Rolland, 1994) ดังนั้นระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็น่าจะมีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนพัฒนาการของบุคคล การวางพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้องตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการดูแลให้มีประสิทธิภาพได้ (Tungpunkom, 2000) ความรู้มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติ เนื่องจากการศึกษาที่มีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไรและสามารถปฏิบัติได้จริง (ทัศนทรง ตานะเศรษฐ, 2548) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ลดความหนักใจในการดูแลผู้ป่วยและภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง หากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี จากการศึกษาของ แก้วดา มีศรี และเพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ (2555) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แต่ทั้งนี้ Orem (2001 อ้างถึงใน เทียนทอง หาระบุตร, 2555) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งมาจากการสั่งสมจากระยะเวลาในการเรียนรู้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อวันเวลาผ่านไปทำให้บุคคลได้เรียนรู้ความเป็นจริงมากขึ้นก็คือการดูแลผู้ป่วย การศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) พบว่า ความรู้เป็นตัวแปร

สำคัญในการเสริมสร้างเจตคติที่ดี ก่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างดี จึงจะช่วยให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ผู้ดูแลและผู้ป่วย จิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลจึงเป็นปัจจัยที่ สำคัญที่จะส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาของ ชูวลิ ขาปาง (2549) พบว่า ความต้องการด้าน ความรู้และข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลที่เป็น โรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90 ด้านการมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70 ด้านการสนับสนุนระดับประคองอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 67.14 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรภา ทองรินทร์ (2546) พบว่า ผู้ดูแลที่เป็น โรคจิตเภทมีความต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการฝึกทักษะในการ ดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและด้านการ สนับสนุนระดับประคอง

จากการทบทวรรณกรรมพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องกับการความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะนำไปสู่ การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ จึงมีโอกาสนำให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความสุขในชีวิตที่เป็นอยู่ ความพึงพอใจในชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทน่าจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล ของ Neuman (2002) จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนจิตวิญญาณของบุคคล สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะกระทำและดำเนินการกระทำ พฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคล (Bandura, 1986) มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเลือกการกระทำในกิจกรรมต่าง ๆ โดยมี ความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986) กล่าวได้ว่า พฤติกรรมของ บุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ขณะเดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลที่บุคคลแสดงออกและจากสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสิ่งแวดล้อมภายนอกที่อยู่รอบ ๆ ตัวก็เปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคล ที่มีผลมาจากความเชื่อ การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด อารมณ์ และการกระทำของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการ ตัดสินใจของบุคคล และการตัดสินใจนั้นก่อให้เกิดพลังงานในการกระทำสิ่งที่ทำหาย ผู้ที่มีการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีความพยายามสูงมากกว่าผู้ที่ไม่มั่นใจในความสามารถของตน

(Schwartz & Gronemann, 2009)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรม (Bandura, 1986) หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็น่าจะมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทได้ดี และจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดน้อยลง ผู้ดูแลที่มีความคาดหวังในเชิงบวกและมีความเชื่ออย่างสูงในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแล น่าจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระที่ลดลงได้ การศึกษาของ เบ็ญจามีนมวอล (2547) ศึกษาเรื่องสมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้

สัมพันธภาพในครอบครัว ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนจิตใจของบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการของระบบครอบครัว ที่มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญในการช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการปรับตัวเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Orem, 1985) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีการตกลงกันว่าใครจะรับบทบาทเป็นผู้ดูแล สิ่งที่สำคัญก็คือผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องมีการประสานความสัมพันธ์กันทั้งระบบโครงสร้าง บทบาท และกระบวนการดูแล (Keith, 1995) ในขณะเดียวกัน สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบความสำเร็จหากสัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ไม่เหมาะสม จากการที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ญาติรู้สึกไม่ปลอดภัย หวาดกลัว ไม่อยากอยู่ใกล้ รังเกียจ ไม่อยากอยู่ร่วมบ้านด้วย ทอดทิ้งผู้ป่วยไว้โรงพยาบาล และบางรายขับไล่ผู้ป่วยออกจากบ้าน การศึกษาของ วัชรภรณ์ ลือไชสงค์ (2553) พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนได้ ญาติได้ตัดสินใจและติตราผู้ป่วยว่าเป็นคนจี้เกียจ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการกำเริบทำให้ญาติรู้สึกไม่ปลอดภัย กักขังผู้ป่วย แยกสารอาหาร ไม่อยากพูดคุยกับผู้ป่วย ต่างคนต่างอยู่ พุดคุยกันเท่าที่จำเป็น ทำให้เกิดความห่างเหินระหว่างผู้ป่วยและญาติ การศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสมจิต แคนสิแก้ว (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติใช้สารเสพติด มักถูกคนรอบข้างโดยเฉพาะคนในครอบครัวมองว่า เป็นคนไร้ค่า เป็นภาระ เป็นกาฝาก เกิดความรู้สึกแปลกแยกขึ้นในครอบครัว และเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในความ

ดูแลของครอบครัว จึงพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวต่างแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตรต่อกัน ส่งผลให้ผู้ดูแล
 ละเอียด ไม่ใส่ใจ ไม่ดูแลผู้ป่วย และปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการทุเลา
 แล้วกลับบ้าน เนื่องจากไม่มั่นใจในอาการของผู้ป่วยว่าจะอยู่ในชุมชนได้ หากแล้วผู้ป่วยจะทำร้าย
 กลัวเป็นภาระในการทำมาหากิน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายถูกผู้ดูแลทำร้ายร่างกายด้วย
 (ทะเบียนเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย, 2552 อ้างถึงใน ปันพร เฟิงทิ, 2553)
 Lee, Lee, Chiu, and Kleinman (2005) ทำการศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ตราบาปเกิดจาก
 สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดมากกว่าเกิดจากผู้อื่น ๆ ในสังคมมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยถูก
 สมาชิกในครอบครัวรวมถึงคู่สมรส ลงความเห็นว่าเป็นผู้ที่มีความก้าวร้าว รุนแรง และพูดจาไม่ดีกับ
 ผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ สมาชิกในครอบครัวรู้สึกไม่ชอบ และดูแลผู้ป่วย พยายามปกปิดว่ามี
 สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช บางรายขับไล่ผู้ป่วยออกจากบ้าน ร้อยละ 42.1
 พบว่า เพื่อน ๆ หนีห่างผู้ป่วยเมื่อพบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท นอกจากนี้ 1 ใน 3 ต้องหย่าร้าง
 เลิกรากันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

การศึกษาของ Landolt, Grubenmann, and Meuli (2002) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว
 ที่ดีจะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น
 ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณเองไม่โดดเดี่ยว มีสิ่งผูกพันซึ่งกันและกันช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา
 เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาท ภาระ หน้าที่ หรือสิ่งต่าง ๆ
 ที่เข้ามาในชีวิตได้ในทางกลับกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีก็จะส่งผลให้สมาชิกขาด
 ความรัก ขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะนำมาซึ่งปัญหาในการดูแลได้ การศึกษาของ ลักษณา หนูนาค
 (2546) พบว่า หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีทำให้ให้สมาชิกขาดความรัก ขาดการดูแลเอาใจใส่
 ซึ่งจะนำมาซึ่งปัญหาในการดูแลได้ ในทางกลับกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้เกิด
 ความมั่นคงทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณ
 เองไม่โดดเดี่ยว มีสิ่งผูกพันซึ่งกันและกันช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแล
 มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาท ภาระ หน้าที่ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้
 การศึกษาของ อรินทร์ จรูญสิทธิ์ (2554) แม้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวจะค่อนข้างดี ทำให้ญาติ
 ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางด้านวัตถุหรือจิตใจก็ตาม แต่สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยเป็น
 ภาระงานที่หนัก และต้องทำต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการ
 รับรู้ความผาสุกของญาติผู้ดูแลได้ จึงพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดสมอง ไม่มีความสัมพันธ์ กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลกับภาระการดูแลของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้างต้น ผู้วิจัยจึง ได้ศึกษาปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลา ในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพใน ครอบครัว ซึ่งน่าจะมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา หรือมารับยาแทน ที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ. 2554-2556 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 1,739, 1,858 และ 2,053 คน เฉลี่ยจำนวน 1,883 คนต่อปี เฉลี่ยจำนวน 156 คนต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยมารับการรักษา หรือมารับยาแทนผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
2. อายุระหว่าง 18-60 ปี
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถพูดคุยสื่อสารได้ตอบโต้ได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Thorndike (1978) ดังนี้

สูตรของ Thorndike

$$n \geq 10(k) + 50$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรต้น

จำนวนตัวแปรต้นที่จะศึกษามีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว แทนค่าตามสูตร ดังนี้

$$n \geq 10(5) + 50$$

$$n \geq 100$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 100 ราย การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ซึ่งให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเภท สัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันจันทร์ และวันอังคาร โดยมีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ เฉลี่ยจำนวน 20 คนต่อวัน
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกในการคัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก และมีผู้ดูแลมารับการรักษา ในเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558
3. นำหมายเลขบัตรผู้ป่วยจิตเภทที่ได้คัดกรองไว้แล้วไปใส่ในกล่องเพื่อเตรียมทำการสุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยวิธีจับสลากแบบไม่คืนที่ วันละ 5 คน จนครบจำนวน 100 คน
4. ผู้วิจัยมาตามวันนัดของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เพื่อพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ และระยะเวลาในการดูแล
- 1.2 แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Montgomery et al. (1985) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว

และได้นำไปศึกษาเรื่องผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อภาวะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ และนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.93 แบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อ มีลักษณะ ดังนี้

1.2.1 ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน การทำให้เกิดปัญหาสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถาม 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

1.2.2 ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

แบบประเมินภาระการดูแลเป็นการประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

		ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
มากที่สุด	ได้	1	คะแนน	มากที่สุด	5
มาก	ได้	2	คะแนน	มาก	4
ปานกลาง	ได้	3	คะแนน	ปานกลาง	3
น้อย	ได้	4	คะแนน	น้อย	2
น้อยที่สุด	ได้	5	คะแนน	น้อยที่สุด	1

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละด้านแยกกันและภาระการดูแลโดยรวมรวมคะแนนทั้งหมดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ของ ประคอง วรรณสุด (2542) และ Best (1970) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

- คะแนน 4.50-5.00 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลมากที่สุด
- คะแนน 3.50-4.49 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลมาก
- คะแนน 2.50-3.49 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลปานกลาง
- คะแนน 1.50-2.49 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลน้อย

คะแนน 1.00-1.49 คะแนน แสดงว่า มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

การแปลผล การประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คะแนนที่ได้จะนำมาพิจารณาภาระแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาระการดูแลโดยรวม โดยมีคะแนนต่ำสุด 24 คะแนน และคะแนนสูงสุด 120 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีภาระการดูแลมาก

1.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ตามแนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดย สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) มีจำนวน 28 ข้อ ซึ่งได้หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบ Kuder-Ricardson มาแล้ว ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้มีคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

คำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 16, 18, 20, 24, 26, 27

ส่วนคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 9, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 28

เกณฑ์การวัดระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้

16-20 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดีมาก
11-15 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี
6-10 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับพอใช้
0-5 คะแนน	มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ

การแปลผล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ แปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมากหมายถึงมีความรู้มาก

1.4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura โดย Jerusalem and Schwarzer (1993) ซึ่งพัฒนาโดย เบ็ญจา นิมนวล (2547) นำมาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้เท่ากับ 0.80

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---------|-----------------|
| 1 | คะแนน | หมายถึง | ไม่เป็นความจริง |
| 2 | คะแนน | หมายถึง | จริงเล็กน้อย |
| 3 | คะแนน | หมายถึง | จริงพอสมควร |
| 4 | คะแนน | หมายถึง | จริงมากที่สุด |

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยแบ่งตามเกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งระดับสิ่งที่ต้องการวัด โดยใช้ช่วงคะแนนสูงสุดของแบบวัดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับที่ผู้ศึกษาต้องการประเมิน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

การแปลผล แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการศึกษาครั้งนี้การแปลผลคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 40 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

1.5 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบประเมินความผูกพัน ความรัก ใคร่ปรองดองและความสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่ง Crandall (1980) เป็นผู้สร้างขึ้น ต่อมาวรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) นำมาแปลเป็นภาษาไทย แล้วนำมาหาคุณภาพเครื่องมือของเครื่องมือนี้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน อาจารย์พยาบาลทางด้านการพยาบาลชุมชน และการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับบริบทไทย หลังจากนั้นหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84 และ อรินทร์ จรูญสิทธิ์ (2554) นำไปใช้ในการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.95

แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การแสดงบทบาทของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ และการถ่ายทอดความรู้สึก ซึ่งมีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย
- 2 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง

4 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดบ่อยครั้ง
 5 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดตลอดเวลา
 การแปลผล แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว การคิดคะแนน นำคะแนนจากทุกข้อมารวมกัน คะแนนต่ำสุด 16 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดของ Montgomery et al. (1985) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ตามแนวคิดของ Lefley (1987) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ เบ็ญจา นิมนวล (2547) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Jerusalem and Schwarzer (1993) และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Crandall (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2547) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ ทั้งสิ้น จึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือและนำแบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งหมดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ให้ทำการประเมินโดยตนเองและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87, .84, .90 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuder-Ricardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วจึงทำการวิจัย
3. ชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรก ของแบบสอบถามการวิจัยโดยบอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย การตอบแบบสอบถามการวิจัย และประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้ จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมที่ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ พร้อมทั้งแนบ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไปกับแบบสอบถามการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการปฏิเสธครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่ม ตัวอย่าง
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและเมื่อ ได้รับแบบสอบถามกลับมาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ
5. การวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานผลการวิจัย นำเสนอในลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถ เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ และผู้วิจัยทำลายข้อมูลเอกสารทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ แล้ว ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการ ทำวิจัย
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีผู้ดูแล แล้วจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยมาตามนัด จากนั้นเชิญกลุ่มตัวอย่างมานั่งเก้าอี้ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้บริเวณใกล้กับที่นั่งรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก การเก็บข้อมูลกระทำในเวลา 08.00-16.00 น. วันจันทร์และวันอังคาร ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเช่น ใบบินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ถ้าผู้ดูแลอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ผู้ดูแลฟัง และให้ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มากับผู้ดูแลระหว่างที่ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพ คอยดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ดูแลมีสมาธิ ลดความวิตกกังวลจากความหวั่นไหวของผู้ป่วย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากผู้ดูแลตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

6. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามจนครบ 100 ราย และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ใช้ในการทดสอบที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบการบรรยายและตาราง ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว และการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 100$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	48.00
หญิง	52	52.00
อายุ		
20-29 ปี	4	4.00
30-39 ปี	14	14.00
40-49 ปี	20	20.00
50-60 ปี	62	62.00

$\bar{X} = 50.18$ $SD = 10.08$ Min = 25 Max = 60

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.00
ประถมศึกษา	69	69.00
มัธยมศึกษา	21	21.00
อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา	3	3.00
ปริญญาตรี	5	5.00
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	3.00
งานบ้าน	7	7.00
รับจ้าง	28	28.00
ทำไร่/ ทำสวน	33	33.00
ค้าขาย	15	15.00
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	4	4.00
อื่น ๆ ระบุ	10	10.00
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5000	33	33.00
5,001-10,000	38	38.00
10,001-20,000	18	18.00
20,001-30,000	8	8.00
30,001-40,000	3	3.00
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	19	19.00
ไม่มีโรคประจำตัว	81	81.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ		
บิดา/ มารดา	59	59.00
สามี/ ภรรยา	18	18.00
บุตร	9	9.00
หลาน	2	2.00
เครือญาติอื่น ๆ (เช่น น้องสะใภ้)	12	12.00
ผู้ช่วยดูแล		
ไม่มี	32	32.00
มี	68	68.00
บิดา/ มารดา	38	38.00
พี่/ น้อง	30	30.00
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
1-5	46	46.00
6-10 ปี	30	30.00
> 10 ปี	24	24.00
$\bar{X} = 7.98$ $SD = 5.71$ Min = 1 Max = 24		

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 52 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 มีอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอายุตั้งแต่ 25-60 ปี โดยมีอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 50.18 ($SD = 10.08$) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.00 ประกอบอาชีพทำไร่/ ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 33.00 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.00 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 81.00 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ บิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 59.00 กลุ่มตัวอย่างมีบิดา มารดาเป็นผู้ช่วยผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 38.00 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.00 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1-24 ปี โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 7.98 ($SD = 5.71$)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
สัมพันธภาพในครอบครัว และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
($n = 100$)

ระดับความรุนแรง	Min	Max	\bar{X}	SD	การแปลผล
ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	13	56	27.47	7.48	
ภาระการดูแลเชิงปรนัย	15	41	22.39	6.60	
ภาระการดูแลโดยรวม	29	97	49.86	12.79	ภาระการดูแลน้อย

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลเชิงอัตนัย ($\bar{X} = 27.47, SD = 7.48$) และภาระการดูแลเชิงปรนัย ($\bar{X} = 22.39, SD = 6.60$) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลโดยรวม ($\bar{X} = 49.86, SD = 12.79$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา	Range		Mean	SD
	Possible	Actual		
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	0-28	13-28	21.66	3.02
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	10-40	14-40	30.57	6.26
สัมพันธภาพในครอบครัว	16-80	29-80	65.32	12.79

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-28 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือ 21.66 ($SD = 3.02$) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทปานกลาง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนอยู่ระหว่าง 14-40 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงคือ 30.57 ($SD = 6.26$) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

สัมพันธภาพในครอบครัวมีคะแนนอยู่ระหว่าง 29-80 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงคือ 65.32 ($SD = 12.79$) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์พหุคูณถดถอย (Multiple regression) ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ ไม่มี Outlier ไม่มี Multicollinearity ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นเชิงเส้นตรง ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.20 ไม่เกิด Autocorrelation ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนมีค่าเท่ากับศูนย์ และความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($N = 100$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1					
2. ระยะเวลาในการดูแล	0.18*	1				
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-0.11	-0.07	1			
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.08	0.04	-0.28**	1		
5. สัมพันธภาพในครอบครัว	-0.05	-0.26*	0.08	0.33**	1	
6. ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-0.22*	0.07	0.04	-0.24*	-0.29**	1

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

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปร อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับ ภาระการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, r = -.24, r = -.29, p < .05$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ของตัวแปรทำนาย กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
($N = 100$)

ตัวแปร	<i>b</i>	SE	Beta	<i>t</i>	<i>p-value</i>
อายุ	-0.29	0.12	-0.23	-2.38	0.019
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-0.01	0.22	-0.14	-1.43	0.16
สัมพันธภาพในครอบครัว	-0.24	0.12	-0.22	-2.09	0.015

Constant = 88.49; $R^2_{adj} = 0.12$; $R^2 = 0.16$; $R = 0.39$; $F_{5,94} = 3.56$; $p < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่าปัจจัยทำนายที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้มากที่สุด คือ อายุผู้ดูแล ($\beta = -.23, p < .05$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = -.22, p < .05$) ตามลำดับ โดยพบว่า อายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้คิดเป็นร้อยละ 12 ($R^2_{adj} = 0.12, p < .001$)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวสามารถเขียนสมการทำนายภาระการดูแลได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ (Y)

ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท = 88.49-0.29 (อายุ)-0.24 (สัมพันธภาพในครอบครัว)

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z'_{\text{ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท}} = -0.23 (Z_{\text{อายุ}}) - 0.22 (Z_{\text{สัมพันธภาพในครอบครัว}})$

จากสมการข้างต้น อธิบายได้ว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำนายได้จากอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -0.23, p < .05$) ร่วมกับมีสัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -0.22, p < .05$)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย จำนวน 100 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จังหวัดสระแก้ว มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87, .84, .90 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Ricardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ จำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 52 คน (ร้อยละ 52) อายุเฉลี่ย 50 ปี ($SD = 10.08$) มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 69 ประกอบอาชีพทำไร่/ ทำสวน (ร้อยละ 33) รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท

(ร้อยละ 38) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะ บิดา มารดา ร้อยละ 59 กลุ่มตัวอย่างมีบิดา มารดาเป็นผู้ช่วยผู้ดูแล (ร้อยละ 38) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 46 ($SD = 5.71$)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย = 50.15 ปี ($SD = 10.08$) คะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย = 7.98 ปี ($SD = 5.71$) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 21.66 ($SD = 3.02$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน = 30.57 ($SD = 6.26$) คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว = 65.32 ($SD = 11.80$) คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท = 49.86 ($SD = 12.79$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงอัตนัย เท่ากับ 27.47 ($SD = 7.48$) และมีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงปรนัย เท่ากับ 22.39 ($SD = 6.60$)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่า อายุของผู้ดูแล มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด ($\beta = -.23, p < .05$) รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = -.22, p < .05$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม เท่ากับ 49.86 ($SD = 12.79$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาระการ

ดูแลเชิงอัตนัย เท่ากับ 27.47 ($SD = 7.48$) และมีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงปรนัย เท่ากับ 22.39 ($SD = 6.60$) อยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน จากการศึกษาของ รจนา ปุณโณทก (2550) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับการรับรู้ที่ไม่เป็นภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิปประพิณ สุขเขียว (2543) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ในระดับที่ไม่เป็นภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีภาระการดูแลในเชิงรูปธรรมด้านภาวะเศรษฐกิจ การพักผ่อน สุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ โดยอาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติใกล้ชิดผู้ป่วย จึงทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น เป็นการดูแลบุคคลที่ตนรักและผูกพัน พร้อมกับความรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัว สังคมและชุมชน มีผู้ช่วยผู้ดูแล เป็นบิดา มารดา ญาติ พี่ น้อง ซึ่งเป็นเครือญาติกันทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนมาช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าได้ดูแลสมาชิกในครอบครัวของตน ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา เป็นผู้ที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูผู้ป่วยจิตเภทมาตั้งแต่กำเนิด ทำให้มีความสนิทสนมและคุ้นเคยกับผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน ประกอบกับความผูกพันทางสายโลหิตในฐานะของบิดา มารดา และบุตร ทำให้ลักษณะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นความผูกพัน มีความเอื้ออาทร ห่วงใย และจริงใจต่อกันเป็นพื้นฐาน ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลด้านความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก (นงลักษณ์ วรรักษ์ชนานันท์, 2546) โดยสภาพครอบครัวและสังคมไทย บิดา มารดาจะมีความรัก ผูกพันห่วงใย และดูแลบุตรอยู่เสมอ จากการศึกษาของ สายใจ พัวพันธ์ (2553) พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง มีความรู้สึกผูกพันและพันธะสัญญาต่อหน้าที่ที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีส่วนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย แม้ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไร้หวังว่าความเจ็บป่วยจะมีโอกาสหาย ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระของครอบครัว และจากการศึกษาของ สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวจะได้รับการส่งเสริมให้มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง กระตุ้นให้เข้าร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทเรียงตามน้ำหนักสัมประสิทธิ์การถดถอยจากมากไปน้อย คือ อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -0.23, p < .05$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = -0.22, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนาย การระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 12 โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ กับการระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนาย ความแปรปรวนของการระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับการ ระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขนาดของความสัมพันธ์ และอิทธิพลของตัวแปร สามารถอภิปราย ดังนี้

2.1 อายุของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้มากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.23, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reinhard and Harwitz (1995) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการระการดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะรับรู้การระการดูแลน้อย ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมาก มีการรับรู้การระการ ดูแลน้อยลง ซึ่งสามารถอธิบายภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ได้ว่า อายุของผู้ดูแล จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนพัฒนาการของบุคคล อายุที่มากขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะ มีความรับผิดชอบมากขึ้น ผู้ที่มีอายุมากจะผ่านเรื่องราวต่าง ๆ มากกว่าจึงมีโอกาสที่จะได้เรียนรู้จาก ประสบการณ์ชีวิต ทำให้เข้าถึงความจริง รู้เท่าทัน รู้ในการกระทำว่าสิ่งใดดีสิ่งใดควรทำนำไปสู่ พฤติกรรมการทำความดีเพื่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสาธารณะ ลดละความเห็นแก่ตัว จึงทำ อาจทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า แต่ไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของ ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่า อายุมีอิทธิพลโดยตรงบวกกับการ ระการดูแล และการศึกษาของ รจนา ปุณโณทก (2550) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมาก การรับรู้การระการดูแล ก็จะมีมาก ซึ่งอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจจะทำให้มีการรับรู้การระการดูแลที่แตกต่างกัน (Cook et al., 1994; Lefley, 1987) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้เวลาในการเรียนรู้แก้ไขปัญหา เฉลียว ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อายุที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้บุคคลมีโอกาสที่ได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จาก ประสบการณ์ทำให้สามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีจึงนำไปสู่ความรู้สึกรับรู้ การระการดูแลที่น้อยลง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการ ระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.22, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลักษณ์า หุนนาค (2546) พบว่า หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีทำให้สมาชิกขาดความรัก ขาดการดูแล เอาใจใส่ ซึ่งจะนำมาซึ่งปัญหาในการดูแลได้ ในทางกลับกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวดี

จะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว มีสิ่งผูกพันซึ่งกันและกันช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาทภาระหน้าที่ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ ซึ่งสามารถอธิบายภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งหมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับที่ดี อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวทั้งหมด โดยเป็นบิดา/ มารดา ร้อยละ 59 รองลงมาเป็นสามี/ ภรรยา ร้อยละ 18 มีความรัก ความผูกพัน รักใคร่ ประองคองกัน อาจทำให้มีความรู้สึกดีที่ได้ดูแลคนในครอบครัว สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างเสริมความรักความอบอุ่น และช่วยกันแก้ไขปัญหาในครอบครัว (อัญชลี จิตะปุระ, 2536) กอปรกับมีผู้ช่วยผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 68 ร่วมรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยวมีคนรอบข้าง มีสิ่งผูกพันยึดมั่นซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา เป็นกำลังใจ ซึ่งก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาทภาระหน้าที่หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการของระบบครอบครัว ที่มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญในการช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Orem, 1985) เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีการตกลงกันว่าใครจะรับบทบาทเป็นผู้ดูแล สิ่งที่สำคัญก็คือผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องมีการประสานความสัมพันธ์กันทั้งระบบ โครงสร้าง บทบาทและกระบวนการดูแล (Keith, 1995) ในขณะเดียวกัน สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบความสำเร็จ สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้รู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการดูแลมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการศึกษานี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจา นวมน์ม (2547) ที่พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ทั้งนี้ เนื่องจากสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคล (Bandura, 1986) มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเลือกการ

กระทำในกิจกรรมต่างๆ โดยมีความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1977) ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดูแล หากผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี จะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดน้อยลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด อารมณ์ และการกระทำของบุคคล ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคล และการตัดสินใจของบุคคล การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่สามารถทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 21.66$) แม้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 21 แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 5 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและสามารถพัฒนาทักษะการดูแลให้มีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัด จึงทำให้มีโอกาสรับความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงทำให้มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ลดความหนักใจในการดูแลผู้ป่วย และภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2541) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งมาจากการสั่งสมจากระยะเวลาในการเรียนรู้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อวันเวลาผ่านไปทำให้บุคคลได้เรียนรู้ความเป็นจริงมากขึ้นนั่นก็คือการดูแลผู้ป่วย Orem (2001 อ้างถึงใน เทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2555)

2.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2555) เรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากผลการศึกษาค้นคว้านี้พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ระหว่าง 1-5 ปี มีร้อยละ 46 ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรก ๆ ผู้ดูแลอาจยังมีความกระตือรือร้นในการปรับตัวเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง เมื่อเวลาผ่านไป จึงอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผลการศึกษาค้นคว้า

ระยะเวลาในการดูแลโดยรวม 5 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 54 และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว คือ บิดา/ มารดา และสามี/ ภรรยา ระยะเวลาการดูแลที่นาน จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัว เข้าใจ เรียนรู้พฤติกรรม และอาการเตือนทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ นอกจากนี้ความผูกพันกัน โดยสายเลือด จะทำให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นไปด้วยความรัก ความเมตตา และใส่ใจในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าจะน้อยหรือมากก็ตาม จึงอาจทำให้ไม่มีผลต่อการดูแล

ข้อเสนอแนะ

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

2. ด้านการบริหาร ควรนำข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อนำไปกำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

3. ด้านการศึกษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถสอดแทรกเนื้อหาการเรียน การสอน ให้กับนักศึกษาพยาบาล ด้าน อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

2. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุและสัมพันธภาพในครอบครัวทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ในระดับต่ำ ดังนั้นการศึกษาต่อไป จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2541). แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินเลิฟท์มาร์เก็ตติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2548). แผนปฏิบัติงานกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548. กรุงเทพฯ: สยามอินเลิฟท์มาร์เก็ตติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 26(1), 35-49.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรากร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูชื่น ชิวพุดผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ ผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลาม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนาวรรณ ดานะเศรษฐ. (2548). ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคิดต่อการให้ยาของผู้ป่วย โรคจิตเภทชาวไทยภูเขาน้ำที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สะเรียง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทีปประพิน สุขเจียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทียนทอง หาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(3), 113-124.
- ธนูชาติธนานนท์. (2537). *ICD-10 ฉบับภาษาไทย*. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2550). *โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิ่วโรเลพติกที่ร้ายแรง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงลักษณ์ ทรงลำเจียก. (2548). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ วรวิทย์ธนานันท์. (2546). *พฤติกรรมเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). *ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 141-149.
- เบ็ญจา นิ่มนวล. (2547). *สมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สานสุทธาการพิมพ์.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2546). *การพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพและจิตเวชในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี.
- ปิ่นพร เฟ็งที. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดตราบาปในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พรทิพย์ โพธิ์มูล. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พัชรี คำธิตา. (2546). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสักนันท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนันท์. (2544). รูปแบบการทำนายภาวะของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ใน ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2550). จิตเวชศาสตร์รามาชิตี (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยุวดี ขาปาง. (2549). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการใน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รจนา ปุณ โนนทก. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทภาระของญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2557). รายงานประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2557. สระแก้ว: โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์.
- ลัษณา หนูนาค. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความฉลาดทาง อารมณ์ของวัยรุ่น ในวิทยาลัยเทคนิคปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ คณะกรรมการบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาครอบครัวและสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล และเวชกา กลิ่นวิจิต. (2547). *สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจญาติ ผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชรภรณ์ ลือไชยงค์. (2553). *การตรวจทางสังคม: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์และการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, คารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสมจิต แคนสีแก้ว. (2547). *รายงานการวิจัยเรื่องประสบการณ์ชีวิตครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังที่บ้านและสถานการณ์ชุมชน*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). *ทฤษฎีการพยาบาล: ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัดสัน*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). *ตรวจพบในผู้ป่วยจิตเภท*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). *ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรภา ทองรินทร์. (2546). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรินทร์ จรุงสิทธิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัญชลี ฐิตะประ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- American Psychiatric Association [APA]. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Bangalore: Panther Publishers Private Limited.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215. Retrieved from <http://lnx.gaetanogioveni.it/uploads/Bandura%201977%20Self-Efficacy%20Toward%20A%20Unifying%20Theory%20Of%20Behavioral%20Change.pdf>
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Best, J. W. (1970). *Research in education*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Braithwaite, V. (1992). Caregiving burden: Making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research of Aging*, *14*(4), 3-27.
- Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickett, S. A., & Cohler, B. J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Journal Orthopsychiatric*, *64*(3), 435-447.
- Crandall, R. C. (1980). *Gerontology: A behavioral science approach*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, *16*(1), 39-46.
- George, L. K., & Dwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, *26*(8), 253-259.
- Hatfield, A. (1979). Help-seeking behavior in families of schizophrenics. *American Journal of Community Psychology*, *7*, 563-569.
- Hatfield, A., Cousey, R., & Slaughter, J. (1994). Family responses to behaviors and illness. *Innovations and Research*, *3*(5), 41-47.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, *5*(2), 194-246.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1993). *The general self-efficacy scale (GSE)*. Retrieved from <http://www.fu-berlin.De/gesund>.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences and clinical psychiatry* (8th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

- Keith, C. (1995). Family caregiving system: Models, resources and values. *Journal of Marriage the Family*, 57(2), 179-189.
- Landolt, M. A., Grubenmann, S., & Meuli, M. (2002). Family impact greatest: Predictors of quality of life and psychological adjustment in pediatric burn survivors. *Journal of Trauma-injury Infection & Critical Care*, 3(6), 1146-1151.
- Lee, S., Lee, M. T. Y., Chiu, M. Y. L., & Kleinman, A. (2005). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 153-157. Retrieved from <http://bjp.rcpsych.org>
- Lefley, H. P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(20), 613-619.
- Leggett, A. N., Zarit, S., Taylor, A., & Galvin, J. E. (2010). *Stress and burden among caregivers of patients with lowy body dementia*. Retrieved from <http://gerontologist.Oxfordjournals.org/content/early/2010/7/28/geront.gng055.full>
- Lim, Y. M., & Ahm, 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 research study. *Journal of Advance Nursing*, 21(10), 284-255.
- Martyns-Yellow, I. S. (1992). The burden of schizophrenia on thefamily: A study from Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 161(12), 779-782.
- Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(5), 19-26
- Neuman, B. (2002). *The Neuman system model* (4th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of psychiatric patient: Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138(12), 332-335.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15(8), 383-393.
- Poulshock, S. D., & Demling, G. T. (1984). Family caring of elders in residence: Issue in measurement of burden. *Journals of Gerontology*, 39(12), 230-239.

- Reinhard, S. C. (1994). Living with mental illness: Effect of the professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing and Health, 17*, 79-88.
- Reinhard, S. C., & Harwitz, A. V. (1995). Caregiver burden: Differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and the Family, 57*(8), 741-750.
- Rolland, J. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. New York: Basic Books.
- Schwartz, C., & Gronemann, O. C. (2009). The contribution of self-efficacy, social support and participation in the community to predicting loneliness among persons with schizophrenia living in supported residences. *Israel Journal Psychiatry Relate Sciences, 46*(2), 120-129.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Thompson, E H., Futterman, A. M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J. M., & Lovett, S. B. (1993). Social support and care giving burden in family caregivers of frail elder. *Journal of Garontology, 48*(15), 245-254.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving*, Doctor dissertation Nursing Science, Graduate Study, University of California.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 09-03-2558

ชื่อผู้วิจัย นางวาสนา นามเหลา

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีอายุระหว่าง 18 ขึ้นไป-60 ปี สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี และท่านยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 100 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 1 ชุด ถ้าท่านอ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ท่านฟังและให้ท่านเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มากับท่าน ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี คอยดูแลผู้ป่วยในขณะที่ท่านตอบแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ดูแลมีสมาธิ ลดความวิตกกังวลจากความหวั่นไหวของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการได้ข้อมูลพื้นฐานภาวะการดูแลและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบทางการพยาบาล เพื่อช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำผลผลการวิจัยไปใช้ประกอบในการเรียนการสอนเกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบทางการพยาบาลนั้น ด้านผู้บริหารในโรงพยาบาลได้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อนำไป

กำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป
 อย่างไรก็ตามอาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ได้แก่ ข้อคำถามบางข้ออาจ
 กระตุ้นความรู้สึกของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจได้ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบ
 แบบสอบถามผู้วิจัยสังเกต สีหน้า คำพูด กิริยาท่าทาง การแสดงออกของกลุ่มตัวอย่าง หากมี
 สถานการณ์ดังกล่าว เช่น กลุ่มตัวอย่างนั่งเงียบไม่ตอบคำถาม หน้ามึน คิ้วขมวด สีหน้าแสดงความ
 อึดอัด น้ำตาคลอ หรือแสดงอาการหงุดหงิด ตลอดจนแสดงออกด้วยคำพูดที่บอกถึงความรู้สึก
 สะเทือนใจ ไม่สบายใจ ขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการ
 ตอบแบบสอบถามสามารถยุติได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะให้การดูแลแบบประคับประคองจิตใจ
 โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก และการให้คำปรึกษารายบุคคลแสดงความเข้าใจใน
 ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวหรือ
 ยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับวิถี
 ชีวิต การดูแลหรือการรักษาพยาบาล และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้อง
 แจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การให้ข้อมูลในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะ
 นำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วจะถูกเก็บอย่างมิดชิด โดยผู้วิจัย
 เท่านั้นที่จะใช้ข้อมูลได้ จะนำมาวิเคราะห์ภาพรวมเป็นกลุ่ม แล้วเขียนรายงานเพื่อนำเสนอจนเสร็จ
 สมบูรณ์ และผู้วิจัยจะทำลายเอกสารการเก็บข้อมูลทั้งหมดภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากงานวิจัยได้
 เผยแพร่ตีพิมพ์แล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวัน
 ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางวาสนา
 นามเหล่า หมายเลขโทรศัพท์ 089-099-3747 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รอ.หญิง ชนัดดา
 แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-390462

นางวาสนา นามเหล่า

ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำการวิจัย
(นางวาสนา นามเหล่า)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทน โดยชอบธรรม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางวาสนา นามเหล่า)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน (ผู้ดูแล) โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา () 4. อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา
() 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ
() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. งานบ้าน
() 3. รับจ้าง () 4. ทำไร่/ ทำสวน
() 5. ค้าขาย () 6. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
() 7. อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ต่อเดือน.....บาท
6. โรคประจำตัว
() 1. มีโรคประจำตัว ระบุ.....
() 2. ไม่มีโรคประจำตัว
7. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็น
() 1. บิดา มารดา () 2. สามี ภรรยา
() 3. บุตร () 4. หลาน
() 5. เครื่องญาติอื่น ๆ (เช่น น้องสะใภ้)
8. ผู้ช่วยผู้ดูแล
() 1. ไม่มี
() 2. มี
.....บิดา/ มารดาพี่/ น้อง
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน.....สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ข้อ	รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคจิตหมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป		
2.	สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
3.	โรคจิตอาจเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ		
4.		
5.		
6.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
24.	ควรให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า		
25.	ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉย ๆ เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่นได้		
26.	เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ		
27.	เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพสิ่งเสพติดทุกชนิด		
28.	ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีท่าไม้ไหวใจใคร่ควรรอดูอาการไปก่อน ถ้าเป็นมากจึงพามาพบแพทย์		

ส่วนที่ 3 แบบวัดสมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ ที่มีข้อความตรงกับความเป็นจริงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อความ	ไม่จริง	ใกล้เคียง	ปานกลาง	มากที่สุด
1. ฉันสามารถจัดการการดูแลญาติที่ป่วยได้ ถ้าฉันพยายามอย่างเต็มที่				
2. ถ้ามีคนไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลที่ฉันจะกระทำต่อญาติที่ป่วย ฉันสามารถหาวิธีการหรือหนทางที่จะให้การดูแลนั้นมีความเป็นไปได้				
3. เป็นเรื่องง่ายสำหรับฉันในการดูแลญาติที่ป่วยให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10. ฉันสามารถรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตของฉัน				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการแสดงบทบาทของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงอารมณ์ และการถ่ายทอดความรู้สึก ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้อย่างตรงกับความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัวหรือไม่ มากน้อยเพียงใดและใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความสัมพันธ์ของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อโดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย
- 2 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

ข้อความ	ความถี่ของการกระทำ				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
1. สมาชิกในครอบครัวของท่านมักช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน					
2. เมื่อมีปัญหา ท่านคิดถึงความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเป็นอันดับแรก					
3. สมาชิกในครอบครัวของท่านช่วยแบ่งเบาหน้าที่การงานกันและกัน					
4.					
.					
.					
.					
.					
.					
16. ครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณมีคนที่เข้าใจ ได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่					

ส่วนที่ 5 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิด

จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 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
ภาระเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้อย่างท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

- มากที่สุด หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
 มาก หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
 ปานกลาง หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
 น้อย หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง
 น้อยที่สุด หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Factors Affecting Burden Among Caregivers of Patients with Schizophrenia

ชื่อนิสิต นางสาวนานามเหล่า

รหัสประจำตัวนิสิต 53920654 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 09 - 03 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 100 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จังหวัดสระแก้ว

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 7 เดือน เมษายน พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา