

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยป้องกันกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ศิริพร บุรณกุลกิจการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มกราคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ศิริพร บูรณกุลกิจการ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย  
บูรพาได้

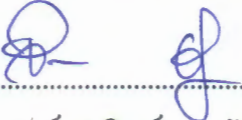
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทจุฑา ชัยเสนา คาลาส)


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทจุฑา ชัยเสนา คาลาส)

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

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพา

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

วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ ปรึกษาและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ทุกแห่ง เพื่อนร่วมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และที่สำคัญขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการวิจัย

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกคน ที่คอยให้ความช่วยเหลือ และความเอื้ออาทรมาโดยตลอด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ศิริพร บุรณกุลกิจการ

54920294: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ปัจจัยปกป้อง/ พลังสุขภาพจิต/ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ศิริพร บุรณกุลกิจการ: ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (RELATIONSHIP BETWEEN PROTECTIVE FACTORS AND RESILIENCE AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA) คณะกรรมการควบคุม

วิทยานิพนธ์: จินห์จุกา ซัยเสนา ดาลลาส, Ph.D., ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, Ph.D. 73 หน้า.

ปี พ.ศ. 2561.

พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยปกป้องหลากหลายปัจจัย การวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 97 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามความสามารถมองผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89, .81, .94, .87, .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.53 ( $SD = 10.85$ ) จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .694, p < .001, r = .328, p < .05, r = .414, p < .001, r = .433, p < .001$ ) ตามลำดับ

จากผลการศึกษาแสดงถึงตัวแปรปัจจัยปกป้องที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บุคลากรทางสุขภาพควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับปัจจัยปกป้องเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ช่วยในการบรรเทาเบาบางต่อความเครียด มีความทนทานต่ออารมณ์ทางลบเกิดขวัญและกำลังใจ สามารถจัดการกับปัญหาหรือความยากลำบากในชีวิตที่เกิดขึ้น

54920294: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S.  
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: PROTECTIVE FACTORS/ RESILIENCE/ CAREGIVER

SIRIPORN BURANAKUNKITKAN: RELATIONSHIP BETWEEN PROTECTIVE FACTORS AND RESILIENCE AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. ADVISORY COMMITTEE: JINJUTRA CHAISENA DALLAS, Ph.D., PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D. 73 P. 2018.

Resilience in Schizophrenia caregiver is associated with a variety of protective factors. This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between optimism, attitude toward Schizophrenia patients, the ability of schizophrenia care, social support and resilience in schizophrenia caregiver. Participants were 97 schizophrenia caregiver who live in Nonthaburi Province. They were recruited by sample random sampling. Data has been obtained from May to July 2016. Research instrument were interviewed questionnaires including 1) personal information, 2) optimism, 3) attitude toward schizophrenia patients, 4) the ability of schizophrenia care, 5) social support and 6) resilience. The Cronbach's alpha coefficients of these questionnaires were 0.89, 0.81, 0.94, 0.87, and 0.89. Data was analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation coefficient.

Results revealed that the resilience of caregiver was at normal level ( $\bar{x} = 62.53$ ,  $SD = 10.85$ ). Optimism, attitude toward schizophrenia patient, the ability of schizophrenia care, social support had significantly positive correlation with resilience ( $r = .694, p < .001, r = .328, P < .05, r = .414, p < .001, r = .433, p < .001$  respectively).

The finding demonstrated the protective factors related to resilience in schizophrenia caregivers. Health care providers would support caregiver's protective factors to promote resilience in order to alleviate stress, tolerate negative emotion, retaining morale, and dealing with problems and obstacle.

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย .....  | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....   | จ    |
| สารบัญ .....   | ฉ    |
| สารบัญตาราง .....  | ช    |
| สารบัญภาพ .....  | ฌ    |
| บทที่  |      |
| 1 บทนำ .....   | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....                                      | 1    |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....  | 5    |
| สมมติฐานการวิจัย.....  | 5    |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย.....  | 5    |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....  | 7    |
| ขอบเขตของการวิจัย.....   | 7    |
| นิยามศัพท์เฉพาะ .....  | 8    |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                                    | 10   |
| โรคจิตเภท .....  | 10   |
| ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....  | 14   |
| พลังสุขภาพจิต.....   | 17   |
| ปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท..... | 19   |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....  | 27   |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....  | 27   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....   | 28   |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....                                       | 31   |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....                                    | 31   |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล.....   | 32   |
| การวิเคราะห์ข้อมูล .....   | 32   |

## สารบัญ (ต่อ)

| บทที่   | หน้า |
|---|------|
| 4 ผลการวิจัย .....  | 34   |
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....   | 34   |
| ส่วนที่ 2 พลังสุขภาพจิต การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท<br>ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม<br>กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....      | 37   |
| ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย<br>จิตเภทความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุน<br>ทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท..... | 38   |
| 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล.....   | 40   |
| สรุปผลการวิจัย.....   | 40   |
| อภิปรายผลการวิจัย.....  | 41   |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....  | 44   |
| บรรณานุกรม .....  | 45   |
| ภาคผนวก .....   | 52   |
| ภาคผนวก ก .....   | 53   |
| ภาคผนวก ข .....   | 65   |
| ภาคผนวก ค .....   | 68   |
| ประวัติย่อผู้วิจัย.....   | 73   |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า  |    |
|----------|---|----|
| 1        | จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความพอเพียงของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โรคประจำตัว ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาของผู้ป่วย การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท..... | 34 |
| 2        | ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของพลังสุขภาพจิตโดยรวม และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แยกเป็นรายด้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....  | 38 |
| 3        | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยปกป้องของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน .....   | 38 |
| 4        | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน .....  | 38 |



## สารบัญภาพ

| ภาพที่                      | หน้า |
|-----------------------------|------|
| 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 7    |

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด และเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย จากสถิติรายงานของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2556) พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2554-2556 มีผู้ป่วย จำนวน 85,433 ราย, 87,408 ราย และ 88,639 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ การทำหน้าที่ การแสดงออกทางอารมณ์ บุคลิกภาพ ซึ่งในปัจจุบัน กรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง เพียงประมาณ 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ซึ่งพบมากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภท จะมีความบกพร่องในหน้าที่และบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค และจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปี ขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552) ซึ่งผลจากการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในหน้าที่ ทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและอาการกำเริบ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่กับครอบครัว ผู้ที่มีบทบาทสำคัญ คือ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Caregiver) เป็นผู้สนับสนุนในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงต้องแบกรับภาระการดูแลจนกว่าผู้ป่วยมีอาการคงสภาพ สามารถดำรงชีวิตหรือประกอบอาชีพได้ตามความสามารถ

ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลทำให้ผู้ดูแลเสียสมดุลทั้งเรื่องสุขภาพกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และชุมชน ผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านร่างกาย (Physical impact) พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Jones, 1996) ผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านจิตใจ (Psychological impact) พบว่า ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล เศร้า เกิดความกลัวจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่ไม่อาจคาดเดาได้ นำไปสู่ความรู้สึกที่หมดหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้า (Loukissa, 1995) ผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านเศรษฐกิจ (Economic impact) พบว่า ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง ทั้งจากค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวหรืออาจทำให้ครอบครัวต้องมีการเหน็ดเหนื่อย จนเกิดความเครียดและกดดันในครอบครัว

(Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989) และเมื่อกล่าวถึงผลกระทบด้านสังคม (Social impact) พบว่า ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพื่อกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลขาดความเป็นอิสระในชีวิตส่วนตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (Martyns-Yellowe, 1992) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อชุมชน (Community impact) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนอาจทำให้บุคคลรอบข้างในชุมชนหวาดกลัวและไม่มั่นใจในความปลอดภัย ต้องคอยระมัดระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่คาดเดาไม่ได้ ที่อาจจะเกิดขึ้น (Loukissa, 1995) จากผลกระทบดังกล่าวในด้านต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีรูปแบบเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ย่อมเกิดผลเสียกับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปรับตัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ยากลำบาก หรืออุปสรรคในชีวิตส่งผลให้ความเข้มแข็งทางใจลดลง

การรับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ยากลำบาก ซึ่งเป็นคุณลักษณะหนึ่งที่สำคัญที่ควรมีในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้ คือ พลังสุขภาพจิต (Resilience) เพราะบุคคลจะมีพลัง 3 ประการ คือ พลังอดีต พลังฮึด พลังสู้ พลังสุขภาพจิตประการแรก คือ พลังฮึด หมายถึง บุคคลมีความทนทานทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ยากลำบากต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง พลังฮึด คือ การมีขวัญและกำลังใจ ที่จะฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ความกล้าและมีขวัญกำลังใจที่จะลุกขึ้นมาสู้เพื่อเอาชนะหรือไปสู้เป้าหมายที่ต้องการให้ได้ และพลังสู้ คือ ความสามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์วิกฤติซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ หนักหนา ไม่เคยแก้ไขมาก่อน ถึงแม้ว่าพลังสุขภาพจิตจะแยกองค์ประกอบ แต่เมื่อเกิดสถานการณ์ยากลำบาก บุคคลจะใช้พลังสุขภาพจิตอย่างผสมผสาน (กรมสุขภาพจิต, 2552) การมีพลังสุขภาพจิต ทำให้ผู้ดูแลมีขวัญกำลังใจ และสามารถปรับตัวได้ต่อความยากลำบาก ดังเช่น การศึกษาของ ธัญญลักษณ์ แสนสุข (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ เล่าประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพด้วยพลังสุขภาพจิต ว่าทำให้อยู่อย่างมีความหวัง มีธรรมชาติเห็นใจ ใช้สติแก้ปัญหา ฟังตนเอง ใช้ชีวิตอย่างเข้าใจ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายอย่างท้าทาย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีพลังสุขภาพจิตจะสามารถอดทนต่อความเครียดที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น จนส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพ (Zauszniewski & Bekhet, 2011) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี พลังสุขภาพจิตจะมีความทนทาน ต่อความเครียดต่าง ๆ มีขวัญและกำลังใจจัดการกับปัญหาได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแล จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ โดยเฉพาะการศึกษาถึงปัจจัยทางบวกที่จะส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลนั้นคือ ปัจจัยปกป้อง เป็นลักษณะเฉพาะ หรือสถานการณ์ที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อกระบวนการเยียวยาจนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต (Dyer & McGuinness, 1996) มีการศึกษารวบรวมลักษณะของปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิตจากหลาย ๆ การศึกษาเมื่ออธิบายคุณลักษณะพบว่า มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal factor) เช่น มีความหวังต่ออนาคต เชื่อในความสามารถตนเอง มีมุมมองที่มองตนเองอย่างมีคุณค่า กล้าแสดงความคิดเห็นและขอความช่วยเหลือ อีกหนึ่งลักษณะ คือ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Interpersonal factor) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพทางบวก การมีสมดุลทั้งเรื่องงาน สันทนาการ ความสัมพันธ์ และการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Anthony, 1974; Benard, 1991; Garnezy, 1991; Masten, 1994; Rutter, 1987; Werner & Smith, 1982; 1992) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ศึกษาปัจจัยปกป้องภายในตัวบุคคล คือ การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยปกป้องภายนอกตัวบุคคล คือ การสนับสนุนทางสังคม

การมองโลกในแง่ดี คือ การมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ของบุคคล บุคคลที่มองโลกในแง่ดี มีความเชื่อและคาดหวังเชิงบวกต่ออนาคตว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง สามารถปรับตัวตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้เหมาะสม มีความสามารถในการต่อสู้อุปสรรคโดยไม่ย่อท้อหรือเลียงหนี และเป็นผู้ที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งทางกายและจิตใจ เป็นสิ่งสามารถเรียนรู้และพัฒนาขึ้นได้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตทั้งอดีตและปัจจุบัน และรวมไปถึงการคาดการณ์ไปถึงอนาคต พบว่า มีอิทธิพลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Scheier & Carver, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang and Lawrence (2001) ได้ศึกษาการมองโลกในแง่ดี อารมณ์ทางด้านบวกและอารมณ์ทางด้านลบในวัยกลางคน พบว่า การมองโลกในแง่ดี และอารมณ์ทางด้านบวก มีผลต่อการปรับตัวทางจิตวิทยาและลดอาการของ โรคซึมเศร้า และการศึกษาของ Souril and Hasanirad (2011) พบว่า พลังสุขภาพจิตและการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในนักศึกษาแพทย์ ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการมองโลกในแง่ดี จะมองปัญหาและสิ่งที่เผชิญในทางบวกรวมถึงคาดหวังผลในอนาคตที่จะเกิดขึ้นในทางบวกด้วยเช่นกัน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจัดการชีวิตได้ และมีจุดหมายในชีวิต มีความหวัง สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีความแข็งแกร่งของจิตใจ หรือพลังสุขภาพจิต

ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท เป็นความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดในการตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะทางบวก คือ ความชอบ พึงพอใจ สนใจ อยากที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อีกลักษณะหนึ่งคือ ทางลบ จะแสดงออกในลักษณะ ความเกลียด ไม่พึงพอใจ ไม่สนใจ อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย หรือต้องการหนีห่างจากสิ่งที่เผชิญอยู่ ถ้าผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท จะเข้าใจสภาพอาการของโรค ความบกพร่องและยอมรับได้ ทำให้ลดความคาดหวังที่ก่อให้เกิดความเครียด และความทุกข์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Karren, Hafen, Smith, and Frandsen (2002) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติและอารมณ์ทางด้านบวก ทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีและเกิดความผาสุก และการศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ รัชณี ไพรสวัสดิ์ (2550) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่มีความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก ในด้านบวกต่อผู้ป่วยจะเห็นใจ เข้าใจ ยอมรับผู้ป่วยและกระทำในบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้ดี ดังนั้น การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยปกป้องที่ทำให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิต

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถของผู้ดูแลที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยผู้ดูแลจะสนใจ เอาใจใส่ รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลจนส่งผลต่อความผาสุกของบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1995) มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต พบว่า สมรรถนะหรือความสามารถของบุคคล ในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต (Kumpfer, 1999) และการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ อิชยา เชื้อนมน (2547) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล จะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่าง ๆ เกิดขวัญและกำลังใจ จนนำไปสู่การมีพลังสุขภาพจิต

แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแหล่งประโยชน์ความช่วยเหลือ ประคับประคองและสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนมี 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตและพลังสุขภาพจิตของบุคคล ดังเช่น การศึกษาของ Song, Biegel, and Milligan (1997) ศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเมืองคลีฟแลนด์ รัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม

สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และรับรู้ความเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง นอกจากนี้การศึกษาของ Scott (2010) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งจากภายนอก ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเลือกใช้กลวิธีจัดการกับความเครียด การปรับตัว มีกำลังใจ ลดความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้น ดังนั้น แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญมีความเกี่ยวข้องกับความยืดหยุ่น ทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดความรู้สึกล้มเหลว ความรู้สึกรัดเคี้ยวจากการดูแล ช่วยให้ออกกำลังกายได้มากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิต

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในเขตจังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องรับภาระในการดูแลจนทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถปรับตัวได้ ต้องเผชิญปัญหาต่อบทบาทการดูแล จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิต พบผู้ดูแลป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข, 2557) พบว่า จำนวนการป่วยซ้ำและขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องของปี พ.ศ. 2555-2557 โดยมีผู้ป่วยจิตเภท 59 ราย, 62 ราย, 68 ราย ตามลำดับ ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากร ทำงานในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ได้สังเกตเห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาภายหลังจากการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยปกป้องที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาวิธีการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

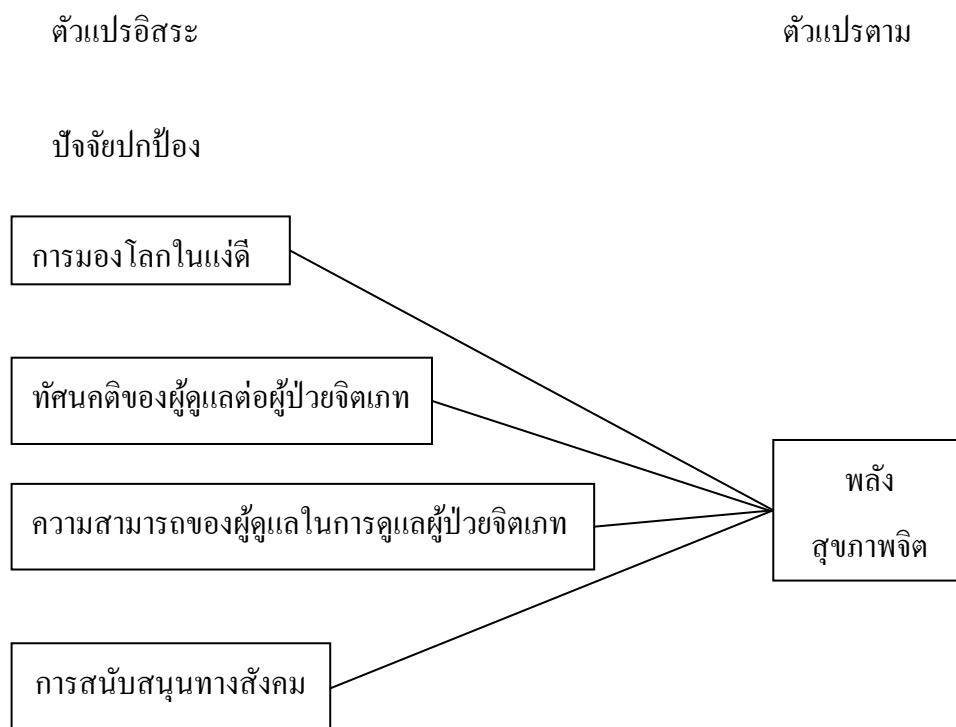
1. เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิต ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### สมมติฐานการวิจัย

1. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปกติ
2. การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience quotient) ของ กรมสุขภาพจิต (2552) ซึ่งกล่าวว่า พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต ซึ่งพลังสุขภาพจิตประกอบด้วย พลัง 3 ด้าน คือ 1) พลังฮึด หรือความทนทานทางอารมณ์ หมายถึง การมีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ ไม่อ่อนไหวง่าย ไม่ถูกกระตุ้นง่าย ไม่เครียด อยู่ในความกดดันได้ 2) พลังฮึด หรือ การมีขวัญและกำลังใจ หมายถึง มีจิตใจที่มุ่งมั่น สู้เป้าหมายที่ต้องการ ไม่ท้อถอย มีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน โดยกำลังใจ อาจสร้างขึ้นเองหรือมาจากบุคคลรอบข้าง 3) พลังสู้ หรือ ด้านการจัดการกับปัญหา หมายถึง ความมั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ การไม่หนีปัญหา หาวิธีในการแก้ปัญหา ปัจจัยป้องกันการเกิดพลังสุขภาพจิต มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย มุมมองที่มองตนเอง มีคุณค่า มีความคาดหวังในอนาคต การมองโลกในแง่ดี รับรู้ความสามารถของตนเอง กล้าแสดงออกและขอความช่วยเหลือ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย การมีสัมพันธภาพที่ดี การมีสมดุลทั้งเรื่อง งาน สันทนาการ และการสนับสนุนทางสังคม งานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยปกป้องที่มีต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล 4 ตัวแปร ปัจจัยปกป้องภายในตัวบุคคล คือ การมองโลกในแง่ดี ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยปกป้องภายนอกตัวบุคคล คือ การสนับสนุนทางสังคม กรอบแนวคิดการวิจัย แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิต ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยมีตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ: ปัจจัยปกป้องภายในและภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย การมองโลกในแง่ดี ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม: พลังสุขภาพจิต



## นิยามศัพท์เฉพาะ

**พลังสุขภาพจิต** คือ ความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้ภายหลังที่พบเหตุการณ์รุนแรงหรือความยากลำบากในชีวิต พลังสุขภาพจิตประกอบด้วย พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตดีจะสามารถฝ่าปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตตามมา ประเมินได้จากแบบสอบถามพลังสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2552)

**การมองโลกในแง่ดี** เป็นการมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความเชื่อและความคาดหวังเชิงบวกที่มีต่ออนาคตว่าจะมีสิ่งดีเกิดขึ้น มีความเชื่อมั่นตนเอง ควบคุมตนเอง อธิบายเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปในทางที่ดี ประเมินได้จากแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดีของ สุมาลินี มธุรพจน์พงศ์ (2555) ซึ่งแปลมาจากแบบวัด The Life Orientation หรือ LOT-R ตามแนวคิดของ Scheirer and Carver (1985)

**ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท** เป็นความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท จะตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะทางบวกหรือลบ ประเมินได้จากแบบสอบถามทัศนคติของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทของ รัชณี ไพรสวัสดิ์ (2550)

**ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** เป็นการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ประเมินได้จากแบบสอบถามความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของ นิสากร แก้วพิลา (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1995)

**การสนับสนุนทางสังคม** เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทถึงแหล่งประโยชน์ ความช่วยเหลือ ปรึกษาปรึกษาและสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยการสนับสนุนความต้องการด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ เทียนทอง หาระบุตร (2555) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981)

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยและมีหน้าที่โดยตรงในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่อยู่บ้านหรือในชุมชนของตนเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตรและญาติ เป็นต้น หรือมีความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทน

หรือสิ่งของใด ๆ จากการดูแล เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิำเนาในจังหวัดนนทบุรี

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทักษะจิตของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยมีการศึกษาคำรา เอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคจิตเภท
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. พลังสุขภาพจิต
4. ปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 4.1 การมองโลกในแง่ดี
  - 4.2 ทักษะจิตของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท
  - 4.3 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 4.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### โรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็น โรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

##### 1. ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรม และการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ในขณะที่ความรู้สึกรู้ตัวและความสามารถทางสติปัญญา ยังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการ และปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีความเสื่อมหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และ ไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางกาย (World Health Organization [WHO], 2001)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย, 2554)

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยมีทั้งลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) และเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้อาการของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมทางสังคมและการทำหน้าที่ (Sadock & Sadock, 2003)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรม และการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่นแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป ความผิดปกติในด้านอารมณ์ การรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพ

## 2. อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Taylor, 1994)

2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) อาการเด่นชัด คือ มีความผิดปกติของความคิด ทั้งเนื้อหาและการเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยมีอาการแสดงที่เด่นชัด คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพุดเร็ว และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) คือ อาการที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ Alogia พุดน้อย เนื้อหาที่พุดมีน้อย Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งเฉย ๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

## 3. การดำเนินของโรคจิตเภท

การดำเนินของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระยะ (Kaplan & Sadock, 1995) ดังนี้

3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) โดยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มีปัญหาเรื่องการทำงาน การเรียน สัมพันธภาพ อาการส่วนใหญ่เป็นอาการทางลบ (Negative symptoms) โดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 1 ปี ก่อนเข้าสู่ระยะอาการกำเริบ

3.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงอาการทางบวก (Positive symptoms) เช่น หลงผิด ประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทูบทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นระยะที่สังเกตอาการได้ง่าย และทำให้ญาติตัดสินใจพาผู้ป่วยมารับการรักษา

3.3 ระยะเวลาการหลงเหลือ (Residual phase) ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบ และถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ระยะเวลาอาการทางบวกจะน้อยลง แต่ยังมีอาการทางลบ ซึ่งมีลักษณะคล้ายระยะเริ่มมีอาการ แต่ระยะนี้จะมีความเครียดทางด้านจิตใจและสังคมมากกว่า เช่น พุดน้อย เหือยซา ไร้อารมณ์ แยกตนเองจากสังคม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง บางรายอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ โดยอาการเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อยก่อนเกิดอาการ เช่น การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

#### 4. การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท (American Psychiatric Association [APA], 1994) สามารถอธิบายถึงวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ดังนี้

4.1 การรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากการรักษาช่วงอาการกำเริบ (Active treatment) เป็นการรักษาแบบคงสภาพ (Maintenance treatment) และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (Relapse) หลังจากที่ได้รับรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้ว แต่ยังคงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ เป้าหมายการรักษา คือ การคงสภาพอาการทางจิต โดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ๆ โดยทั่วไป ๆ ไป เมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อย ๆ ลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน และเน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน และการปรับตัวต่อภาวะการณณ์เจ็บป่วย รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค สำหรับระยะเวลาในการรักษาแบบคงสภาพนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่จะเน้นการรักษาในครั้งแรกหลังการรักษา หากอาการของโรคดีขึ้นแล้ว จะยังคงให้ยาต่อไปอีกหนึ่งปี จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สอง จะให้ยาต่อเนื่องไปในระยะยาว เช่น 5 ปี เป็นต้น หากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ จะต้องให้ยาต่อเนื่องไปตลอด การรักษาด้วยยาชนิดที่มีฤทธิ์ยาวนาน (Long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ต่อการฉีด 1 ครั้ง อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นจะต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำมาก การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy [ECT]) จะได้ผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทไม่ดีขึ้นเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปมักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่ ก้าวร้าว ซึมเศร้า มีอาการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็งหรือหุนหันงี้เีง (Catatonic) รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ดื้อยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาท เช่นเดียวกับ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน

4.3 จิตบำบัด (Psychotherapy) มี 2 ลักษณะ คือ จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดแบบกลุ่ม การทำจิตบำบัดรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยใช้ศักยภาพของตนเองมากที่สุด สำหรับจิตบำบัดแบบกลุ่ม จะเป็นการบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ และการไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

4.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นการบำบัดเพื่อการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เป็นต้น โดยผู้บำบัดจะต้องใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกความกล้าแสดงออก การขจัดความรู้สึกร้อยอย่างเป็นระบบ หรือการเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

4.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการบำบัดเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท และลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูงของสมาชิกในครอบครัว ที่อาจจะเพิ่มความกดดันทางจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท การทำครอบครัวบำบัดโดยการนำสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมาร่วมกลุ่มสนทนา โดยมีผู้บำบัดเป็นคนกลางที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและญาติได้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตทุเลาลง จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) หากผู้ป่วยจิตเภทไม่มีญาติที่จะสนใจดูแล เกิดความเครียด จากปัญหาในครอบครัว ไม่มีงานทำ ขาดรายได้ ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมดีขึ้น สามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่ง แต่ไม่นาน

ก็จะมีการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย, 2554)

จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังนั้นเป็นภาระหนัก ผู้ป่วยส่วนมากเข้าออกโรงพยาบาลตลอดชีวิต และย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้ที่จะให้การประคับประคองผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

## ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ผู้ป่วยส่วนมากเมื่อออกจากโรงพยาบาลยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวจึงต้องรับภาระการดูแลต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลดังกล่าวก็ต้องยาวนานตามความเรื้อรังของโรค ได้มีการทบทวนแนวคิดของผู้ดูแล (Caregiver) ดังนี้

### 1. ความหมายของผู้ดูแล

George (1996) ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ เป็นต้น

Davis (1992) ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือผู้ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล

Orem (2001) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลผู้ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล

### 2. ประเภทของผู้ดูแล

George (1996) แบ่งผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2.2 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

Horowitz (1985) ได้จำแนกผู้ดูแลตามความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

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

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใด ๆ เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

### 3. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลบกพร่องในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การเรียนหนังสือ การทำงาน การขาดที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการดำเนินชีวิตในสังคม (Keks, Mazumdar, & Shields, 2000) ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน เนื่องจาก โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรัง จะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ (WHO, 2001) นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภท จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และชุมชน



3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical impact) การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลมีหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย เกิดความเหนื่อยล้า ขาดการดูแลตนเอง จนเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง เป็นโรคกระเพาะอาหาร จากการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หายใจไม่สะดวก ใจสั่น ตกใจง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ดูแลมักจะมีอุบัติการณ์สูงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Jones, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Reinhard and Harwitz (1995) ในผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา 86 คน พบว่า บทบาทของผู้ดูแลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร้อยละ 72 กระทบด้านงานบ้าน ร้อยละ 64 การพักผ่อนหย่อนใจ ร้อยละ 47 ความตึงเครียดด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 48 และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ร้อยละ 43

3.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological and emotion impact) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงอาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร จึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป ความรู้สึกอับอายที่มีญาติเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดตลอดเวลา

3.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (Economic impact) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียรายได้ เพราะต้องลางาน หยุดงาน ออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Thomson, Futterman, Gallagher-Thompson, Rose, & Lovett, 1993) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

3.4 ผลกระทบด้านสังคม (Social impact) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจมีพฤติกรรมหรือการกระทำที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายต่อสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการกำเริบ จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมนั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น อาจเนื่องมาจากความหวาดระแวง บางครั้งพกพาอาวุธติดตัวทำให้เป็นที่หวาดกลัวของผู้อื่น การเดินเร่ร่อนในที่สาธารณะ เป็นต้น และในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ และต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษา

3.5 ผลกระทบด้านชุมชน (Community impact) ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนอาจทำให้บุคคลรอบข้างในชุมชนหวาดกลัว และไม่มั่นใจในความปลอดภัย ต้องคอยระมัดระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่คาดเดาไม่ได้ที่อาจจะเกิดขึ้น (Loukissa, 1995)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson and Doll (1982) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในสหรัฐอเมริกา 125 คน พบว่า ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระที่หนักอึ้ง ร้อยละ 42 รู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วย แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 46

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคมและชุมชน แม้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะไม่ได้รับผลกระทบครบหมดทุกด้านดังที่กล่าวมา แต่การที่บุคคลได้รับผลกระทบด้านใดด้านหนึ่งนั้น จะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวด้วยเช่นกัน

### พลังสุขภาพจิต (Resilience quotient)

พลังสุขภาพจิต คือ พลังชีวิต ที่ทำให้บุคคลสามารถเอาชนะอุปสรรคที่ตนเองเผชิญอยู่ จัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ตลอดจนมีการเรียนรู้ จากเหตุการณ์นั้น ๆ ในปัจจุบันบุคคลต้องประสบกับปัญหาและความกดดันในด้านต่าง ๆ อย่างมาก ซึ่งส่งผลให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังรายงานสถิติสุขภาพจิต ของคนไทย ปี พ.ศ. 2550 พบว่า คนไทยมีสุขภาพจิตระดับปกติ ร้อยละ 75.4 และมีสุขภาพจิต ระดับต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 24.61 (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552) ดังนั้น การเสริมสร้างศักยภาพ ที่แข็งแรงสามารถทนต่อแรงกดดัน และจัดการกับปัญหาในชีวิตได้นั้น จึงเป็นเรื่องที่น่าศึกษา

#### 1. ความหมายของพลังสุขภาพจิต

American Psychological Association (2004) พลังสุขภาพจิต คือ กระบวนการ และผลลัพธ์ของความสำเร็จในการปรับตัวต่อความยากลำบากและประสบการณ์ที่ทำลายในชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดสูง หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการ กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง

Grotberg (1995) กล่าวว่า พลังสุขภาพจิตเป็นศักยภาพของมนุษย์ในการเผชิญปัญหา และสามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ มาได้จนทำให้เป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งโดยพัฒนา ผ่านประสบการณ์จากสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต

Benard (1991) กล่าวว่า พลังสุขภาพจิตมีลักษณะคล้ายกับการพัฒนา การเจริญเติบโตของบุคคล ที่ประกอบด้วยลักษณะบุคลิกภาพ และสภาพแวดล้อม มีความเห็นว่า มนุษย์ทุกคนมีพลังสุขภาพจิตมาโดยกำเนิดพร้อมกับศักยภาพของการพัฒนา พลังสุขภาพจิต เป็นคุณลักษณะที่สามารถส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดขึ้นกับบุคคลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เช่น เด็กและวัยรุ่น เป็นต้น เพื่อเป็นเกราะป้องกันของบุคคลในขณะ ที่เกิดปัญหา และเป็นพื้นฐานบุคลิกภาพที่สมบูรณ์เข้มแข็งให้บุคคล

กรมสุขภาพจิต (2552) พลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจ ในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังจากพบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรค และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจยังใช้วิกฤติเป็น โอกาส สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิต ไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์ยากลำบาก ผ่านพ้นไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า พลังสุขภาพจิต คือ กระบวนการและผลลัพธ์ของความสำเร็จในการ ปรับตัวต่อความยากลำบากและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ เป็นศักยภาพหรือพัฒนาการของมนุษย์ ในการเผชิญปัญหา และสามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ จนทำให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยพัฒนาผ่านประสบการณ์จากสถานการณ์ที่ยากลำบาก

## 2. องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตประกอบไปด้วยพลัง 3 ด้าน คือ

2.1 พลังยึด หรือ ด้านทนทานทางอารมณ์ หมายถึง การมีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถ จัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ ไม่อ่อนไหวง่าย ไม่ถูกกระตุ้นง่าย ไม่เครียด อยู่ในความกดดันได้

2.2 พลังยึด หรือ ด้านการมีขวัญและกำลังใจ หมายถึง จิตใจที่มุ่งมั่นสู่เป้าหมาย ที่ต้องการ ไม่ท้อถอย มีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน โดยกำลังใจอาจ สร้างขึ้นเอง หรือมาจากบุคคลรอบข้าง

2.3 พลังสู้ หรือ ความสามารถจัดการแก้ไขปัญหา หมายถึง ความมั่นใจและพร้อม ที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากส ถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ การไม่หนีปัญหา หาวีธี ในการแก้ปัญหา

## 3. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัว

พลังสุขภาพจิต เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาและสถานการณ์ยากลำบาก ให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว ทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้และเผชิญ ปัญหาและสถานการณ์ที่ยากลำบากให้ผ่านพ้นไปได้ มีการศึกษาพลังสุขภาพจิตในบุคคลต่าง ๆ พบการศึกษาของ Talma (2001) ได้ศึกษาการประเมินผลรูปแบบของพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิต สามารถทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และมีความ พึงพอใจในชีวิต และงานวิจัยของ ธัญญลักษณ์ แสนสุข (2551) ศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพ ของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิต เพื่อฟื้นฟูสภาพ ทางอารมณ์และจิตใจให้ผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤติ คือ การอยู่อย่างมีความหวัง มีธรรมะยึดเหนี่ยว

ใช้สติแก้ปัญหา ฟังตนเอง ใช้ชีวิตอย่างเข้าใจมีจุดมุ่งหมาย ได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ชุมชน ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายอย่างท้อแท้ สำหรับการศึกษาลักษณะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัวพบการศึกษาของ Lynn and Lane (2010) ได้ศึกษาลักษณะสุขภาพจิต และความทนทานของครอบครัว พบว่า แนวคิดลักษณะสุขภาพจิตของครอบครัว เป็นส่วนสำคัญทางชีวิตสังคม และเป็นสื่อกลางในการลดผลกระทบของความยากลำบาก ความทุกข์ทรมานต่อภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว และงานวิจัย Thompson (1999) พบว่า ลักษณะสุขภาพจิตของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเอดส์จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมารดาจัดการกับปัญหาอารมณ์ กำหนดบทบาทของมารดาในการดูแล มีการวางแผนอนาคตและปรับเปลี่ยนมุมมองในการเผชิญกับความขัดแย้งในครอบครัว นอกจากนี้ Zauszniewski et al. (2011) พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีพลังสุขภาพจิต จะสามารถอดทนต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถปรับตัวเข้ากับการดูแลของครอบครัวจนส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีพลังสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเอาชนะความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล และปรับตัวเข้ากับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

### ปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิต เป็นปัจจัยทางบวกที่มีลักษณะเฉพาะ หรือเหตุการณ์ที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อกระบวนการเยียวยาจนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต (Dyer & McGuinness, 1996) มีการศึกษารวบรวมลักษณะของปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิตจากหลาย ๆ การศึกษาอธิบายคุณลักษณะพบว่ามี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal factor) เช่น มีความหวังต่ออนาคต เชื่อในความสามารถตนเอง มีมุมมองที่มองตนเองอย่างมีคุณค่า กล้าแสดงความคิดเห็นและขอความช่วยเหลือ อีกหนึ่งลักษณะ คือ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Interpersonal factor) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพทางบวก การมีสมดุลทั้งเรื่องงาน สันทนาการ ความสัมพันธ์ และการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Anthony, 1974; Benard, 1991; Garmez, 1991; Masten, 1994; Rutter, 1987; Werner & Smith, 1982; 1992) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ศึกษาปัจจัยปกป้องภายในตัวบุคคล คือ การมองโลกในแง่ดี ทศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยปกป้องภายนอกตัวบุคคล คือ การสนับสนุนทางสังคม

#### 1. การมองโลกในแง่ดี

นักจิตวิทยาและนักวิจัยหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี และกล่าวถึงแนวคิดของการมองโลกในแง่ดีแตกต่างกันออกไป ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมดังนี้

Scheirer and Carver (1985) ได้ศึกษาแนวความคิดการมองโลกทางบวกและทางลบ (Optimism and pessimism) เชื่อว่าเป็นสิ่งที่เป็นส่วนหนึ่งของจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ที่เรียกว่ารูปแบบของคุณค่าและความคาดหวัง (Expectancy-value mode) เป็นการแสดงออก ทางพฤติกรรมของมนุษย์ที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา เกิดความคาดหวัง (Expectancy) คือ ความรู้สึกมั่นใจในตนเองและมีความพยายามเพื่อเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถึงแม้จะยากลำบาก บุคคล ลักษณะนี้ เรียกว่า บุคคลที่มองโลกทางบวก สำหรับบุคคลที่มองโลกทางลบจะเต็มไปด้วย ความล้มเหลว สงสัย ไม่มั่นใจ

Seligman (1990) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดี (Optimism) คือ การมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่า การไม่ประสบความสำเร็จเป็นความล้มเหลวเพียงชั่วคราวเท่านั้น ไม่ใช่เป็นเพราะความผิด หรือความโชคร้ายของตนเอง แต่เป็นเพราะสภาพแวดล้อม ความวิตกกังวลกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายจะรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ทำร้าย และพยายามเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรงกันข้ามกับการมองโลกในแง่ร้าย (Pessimism) คือ การมีแนวโน้มที่เชื่อว่าเหตุการณ์เลวร้าย ที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นอย่างถาวรและยาวนานจากการลงมือกระทำด้วยความผิดพลาดของตนเอง

การมองโลกในแง่ดีมีผลทางบวกในทางจิตวิทยา มีการศึกษามากมายที่พบว่า เป็นปัจจัย ปกป้องที่สำคัญต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตต่าง ๆ และมีแนวโน้มทำให้เกิดพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang and Lawrence (2001) พบว่า บุคคลวัยกลางคนมีการมองโลก ในแง่ดีและมีอารมณ์ทางด้านบวกทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ การวิจัยของ Synder and Lopez (2002) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีการมองโลกในแง่ดี จะลดอาการซึมเศร้าหลังคลอดบุตร 3 สัปดาห์ และการศึกษาของ Scheirer and Carver (1994) พบว่า ผู้ป่วยชายที่ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ มีการมองโลกในแง่ดี จะลดอาการซึมเศร้าหลังการผ่าตัด 6 เดือน และเกิดความสุขในการ ดำเนินชีวิต รวมถึงการศึกษาข้างเคียง การมองโลกในแง่ดี พบว่า มีความสัมพันธ์กับความสุข เช่น การศึกษาของ ศิวิมล คำนวล (2552) พบว่า พนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งที่มีการมองโลกในแง่ดี จะมีความสุขมากขึ้น และการศึกษาของ Souril and Hasanirad (2011) พบว่า การมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตและความผาสุก ดังนั้น การมองโลกในแง่ดี จึงเป็นปัจจัยทางบวก ที่สำคัญ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถจัดการชีวิตได้ มีจุดหมายในชีวิต มีความหวัง สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้มีความแข็งแกร่งทางจิตใจ หรือ พลังสุขภาพจิต

## 2. ทักษะของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท

ทักษะคือการกำหนดพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นความรู้สึกทั้งใน ทางบวก และทางลบ เป็นภาวะทางความคิดเพื่อเกิดพฤติกรรมที่จะเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับ

สถานการณ์ต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ในการแสดงออกของแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองทางด้านอารมณ์และจิตใจ

### ความหมายของทัศนคติ

Kotler (2000) ทัศนคติ หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ต่อการปฏิบัติและอารมณ์ของบุคคลที่ประเมินค่าบางสิ่งบางอย่างว่าพอใจหรือไม่พอใจ สิ่งนั้นอาจเป็นบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือแนวคิดก็ได้ ทัศนคติไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง แต่ต้องแสดงว่าบุคคลกล่าวถึงอะไร หรือทำอะไร

Schiffmon and Kanuk (1994) ทัศนคติ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ที่เรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

กล่าวโดยสรุป ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิด ที่อยู่ภายในของบุคคลซึ่งอาจสะท้อนถึงการปฏิบัติและการแสดงออกทางอารมณ์ว่า พพอใจ หรือ ไม่พอใจ เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย ต่อสิ่งต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีต หรือ สภาพแวดล้อม องค์ประกอบของทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สำคัญ มี 3 ประการ (ซีรวูฒิ เอกะกุล, 2542) ได้แก่

1. ความรู้คิด (Cognitive component) การที่บุคคลใดจะมีทัศนคติต่อสิ่งใด บุคคลนั้น ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งนั้นก่อน การแสดงออกของทัศนคติด้านนี้แสดงออกมาในลักษณะด้านบวก หรือด้านลบ

2. ความรู้สึก (Affective component) เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหลังจากรู้และเข้าใจสิ่งนั้นแล้ว ทัศนคติด้านนี้แสดงออกในลักษณะของความรัก ความชอบ ความโกรธ ความพอใจ และความเกลียด เป็นต้น

3. พฤติกรรม (Behavioral component) เป็นองค์ประกอบสุดท้ายที่รวมตัวมาจากความรู้คิดและความรู้สึกที่มีต่อสิ่งเร้าสิ่งหนึ่งสิ่งใด จนทำให้เกิดพฤติกรรมที่จะปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งนั้น ในทิศทางที่จะสนับสนุน คล้อยตาม หรือขัดแย้งตามความรู้คิดและความรู้สึกที่เป็นพื้นฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรม ทัศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นคือ ถ้าบุคคลมีทัศนคติที่ดีจะมีผลทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับทัศนคตินั้น ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีความสำคัญต่อการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะถ้าผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีจะมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ยอมรับในตัวผู้ป่วย ส่งผลให้รับรู้ถึงภาวะในความรับผิดชอบในทางบวก และมีความเครียดลดน้อยลง มีความสามารถในการฟื้นฟูอุปสรรค จนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต ดังเช่น การศึกษาของ รัชณี ไพรสวัสดิ์ (2550) พบว่า ผู้ดูแลมีความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกในด้านบวกต่อผู้ป่วย จะเห็นใจ เข้าใจ ยอมรับและกระทำในบทบาท

การดูแลอย่างเต็มความสามารถ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ทักษะนี้มีผลต่อการเกิดพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 3. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่มีหน้าที่จัดกิจกรรมให้กับบุคคลที่พึ่งพาตามบทบาท และหน้าที่ทางสังคม ในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ที่ต้องพึ่งพา อันเนื่องมาจากความบกพร่องในกิจกรรมนั้น ๆ

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ตามแนวคิดของ Orem (2001) ได้กล่าวถึงพลังความสามารถ 10 ประการ (Power components of care) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลผู้ป่วย
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาการรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาตามกรอบแนวคิดของ Orem (2001) ประกอบด้วยองค์ประกอบมากมาย เป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคลในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพิง ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องใช้เวลาในการดูแลเป็น

ระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง จึงจะสามารถพัฒนาทักษะต่าง ๆ ในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น ดังเช่น การศึกษาของ นิสากร แก้วพิลา (2545) พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลสามารถจัดลำดับกิจกรรมการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและผสมผสาน เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ อิชยา เชื้อนมนัน (2547) ทำการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบระดับความสามารถสูง 2 ด้าน ดังนี้ ด้านมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับ คุณลักษณะหรือความหมายที่ส่งผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก และด้านความสามารถ ที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ อิชยา เชื้อนมนัน (2545) พบว่า มารดาเด็กออทิสติกที่มีความสามารถในการดูแล บุคคลที่ต้องพึ่งพาอยู่ในระดับสูง จะมีภาวะสุขภาพจิตดี มีความมั่นใจในการดูแล

สรุปได้ว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ต้องใช้การเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและปรับตัวเป็นอย่างมาก กำหนดกิจกรรมการดูแลให้เป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวันของตนเอง ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีความสามารถจะเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นปัจจัยปกป้องอีกด้านหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิต

#### 4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจาก เครื่องช่วยทางสังคม ทำให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนม มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเชื่อว่า มีผู้ให้ ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าในตนเองและได้รับการยกย่อง รวมถึงเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับ ปัญหาหรือเผชิญกับความเครียดและฟื้นตัวกลับมาอยู่ในสภาวะปกติ ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยไว้ ดังนี้

##### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งในภาวะ ปกติและในภาวะที่เกิดเหตุการณ์ยากลำบากของชีวิต ในระบบบริการทางสุขภาพมีการศึกษาถึง การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ทั้งที่เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยให้ความหมายไว้ แตกต่างกันดังนี้



Cohen and Wills (1985) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกร่วมกัน เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

House (1980) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแล และการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือ และเห็นถึงคุณค่าและการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของ หรือบริการต่าง ๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ การประเมินตนเอง

Thoits (1986) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ และสังคม สิ่งของหรือข้อมูลซึ่งการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็ว

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งช่วยเหลือประคับประคอง และสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร

ลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมมีการแบ่งตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม 5 ชนิด (Thoits, 1986) คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรักและการเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า (Esteem support) หมายถึง ความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า ในขณะที่ต่างฝ่ายต่างก็ยอมรับและเห็นคุณค่าของกันและกัน
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or Network) หมายถึง ความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน
4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล
5. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

Cobb (1976) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ ข้อมูลที่ทำให้บุคคล เชื่อว่าเขาได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการมีคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลนั้นเป็นที่ยอมรับ และเห็นคุณค่านั้นด้วย
3. การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Schaefer et al. (1981) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคล มีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ
2. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Informal support) เป็นการให้คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคล สามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินและบริการ

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ ได้นำการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์
2. ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า
3. ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
4. ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ
5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดผลด้านบวกต่อผู้ดูแล (Caregiver) เช่น การศึกษาของ Takviryanun (2008) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้กลวิธีจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดภาระและความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการศึกษาของ รัชฎา ธรรมน้อย (2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตและมีแหล่งที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร (Davis, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต เช่น การศึกษาของ Scott (2010) ที่ได้ศึกษาเรื่อง พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อม พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม รวมถึงการสนับสนุนด้านการเงิน และข้อมูลข่าวสาร มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้รับความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับการยกย่อง การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดความเครียดและภาระในการดูแล มีความสามารถในการฟื้นฟูอุปสรรคจนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และหาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน โดยมีรายละเอียดของการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ขึ้นทะเบียนไว้ในอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 มีจำนวน 138 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 25-59 ปี เป็นทั้งเพศหญิงและชายอยู่ในครอบครัว ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นบิดา มารดา พี่ น้อง บุตร และญาติ หรือความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยาซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใด ๆ จากการดูแล
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย พูดคุยสื่อสารได้ตอบได้ดี
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

##### การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดของ Krejcie and Morgan (1970 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บาร์มี, 2551) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ขอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 คน

### การได้มาซึ่งสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 138 คน มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. จัดทำทะเบียนรายชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 8 ตำบล ประกอบด้วย บางบัวทอง, บางรักพัฒนา, โสนลอย, บางรักใหญ่, บางคูรัด, ละหาร, ลำโพ, พิมลราช
2. จัดทำฉลากตามหมายเลขรายชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นำมาใส่กล่องรวมกัน ผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลขแบบไม่ใส่คืนจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประวัติจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาเจ็บป่วยของโรคจิตเภท การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดีของ สุมาลินี มธูรพจน์พงศ์ (2555) ซึ่งแปลมาจากแบบวัด (The Life Orientation Test-Revised [LOT-R]) ของ Scheier and Carver (1994) แนวคิดสำคัญสะท้อนถึง รูปแบบการให้คุณค่า ความคาดหวัง (Expantancy-value model) ของบุคคลในมุมมองทางบวก ข้อคำถามของแบบวัดมีจำนวน 16 ข้อ แบบสอบถามนี้ใช้ในการประเมินในพนักงานบริษัทเอกชน ในงานวิจัยของ สุมาลินี มธูรพจน์พงศ์ (2555) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 และประเมินในนักศึกษาพยาบาล ในงานวิจัยของ จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, สายใจ พัวพัน และดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2557) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และในงานวิจัยนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่น .89 ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

- |                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| 1 คะแนน หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรง               |
| 2 คะแนน หมายถึง | ข้อความนั้นค่อนข้างไม่ตรง       |
| 3 คะแนน หมายถึง | ข้อความนั้นตรงและไม่ตรงพอ ๆ กัน |
| 4 คะแนน หมายถึง | ข้อความนั้นค่อนข้างตรง          |

5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรง

แปลผลคะแนน โดยการรวมคะแนนและหาค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าแสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีต่ำ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดที่นำมาใช้ประเมินทัศนคติของ รัชนี ไพรสวัสดิ์ (2550) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Secord and Backman (1964) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และในงานวิจัยนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่น .81 ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ มีจำนวนข้อที่มีความหมายทางบวก 7 ข้อ และจำนวนข้อที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางลบจะกลับคะแนนก่อน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- |   |       |         |                                 |
|---|-------|---------|---------------------------------|
| 1 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความไม่เห็นด้วย              |
| 3 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่แน่ใจ             |
| 4 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นเห็นด้วย             |
| 5 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นเห็นด้วยอย่างยิ่ง    |

แปลผลคะแนน โดยการรวมคะแนนและหาค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแสดงว่ามีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทดี ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าแสดงว่ามีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทไม่ดี

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นิศากร แก้วพิลา (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และในงานวิจัยนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่น .94 ข้อคำถามมีทั้งหมด 44 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 38 ข้อ และคำถามด้านลบ 6 ข้อ การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางลบจะกลับคะแนนก่อน ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

- |   |       |         |                         |
|---|-------|---------|-------------------------|
| 1 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่เห็นด้วย  |
| 2 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นเห็นด้วยบ้าง |
| 3 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นเห็นด้วย     |

แปลผลคะแนน โดยการรวมคะแนนและหาค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแสดงว่าความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าแสดงว่าความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภตน้อย

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบประเมินที่ใช้สอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ เทียนทอง หาระบุตร (2555)

ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และในงานวิจัยนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่น .87 ข้อคำถามมีทั้งหมด 24 ข้อ เพื่อสอบถามความคิดเห็นหรือความรู้สึกรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5

การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-10

การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-15

การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-20

การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21-24

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

|   |               |                          |
|---|---------------|--------------------------|
| 1 | คะแนน หมายถึง | ข้อความนั้นตรงน้อยที่สุด |
| 2 | คะแนน หมายถึง | ข้อความนั้นตรงน้อย       |
| 3 | คะแนน หมายถึง | ข้อความนั้นตรงปานกลาง    |
| 4 | คะแนน หมายถึง | ข้อความนั้นตรงมาก        |
| 5 | คะแนน หมายถึง | ข้อความนั้นตรงมากที่สุด  |

แปลผลคะแนน โดยการรวมคะแนนและหาค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าแสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าแสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ำ

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ใช้ในบุคคลที่มีอายุ 25-59 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา 5 ข้อ ได้ผ่านการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และค่าอำนาจจำแนก มีค่าความเชื่อมั่น 0.74 และในงานวิจัยนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่น .89 มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เป็นข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15, 16

กลุ่มที่ 2 เป็นข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20

แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต เป็นการประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เลือกตอบตามข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| ข้อคำถามเชิงบวก                  | ข้อคำถามเชิงลบ                   |
| 1 คะแนน ข้อคำถามนั้นไม่จริง      | 4 คะแนน ข้อคำถามนั้นจริงมาก      |
| 2 คะแนน ข้อคำถามนั้นจริงบางครั้ง | 3 คะแนน ข้อคำถามนั้นค่อนข้างจริง |





ตอบตามความรู้สึกนึกคิดของตน ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อผู้ตอบ แบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้ใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอจะเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุถึงผู้ตอบแบบสอบถาม และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ที่จะตอบแบบสอบถามสามารถปฏิเสธได้ โดยไม่มีผลเสียใดๆ แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ จะมีผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัย 1 ปี

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

#### 1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอสาธารณสุขอำเภอบึงสามพัน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอบึงสามพันและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อขอรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองที่บ้าน อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และรายละเอียดหนังสือยินยอมการเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงความประสงค์ว่ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างสะดวกให้ตอบแบบสอบถามก็จะขอเก็บข้อมูลที่ได้เตรียมไว้ หรือกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกให้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยแจ้งนัดล่วงหน้าก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลตามวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

4. หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา โดยแสดงจำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์พลังสุขภาพจิต การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท  
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. หาความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท  
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
กับพลังสุขภาพจิต โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)  
โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) หรือค่า  $r$  ดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550)

|                  |   |
|------------------|---|
| ค่า $r =$        | ระดับความสัมพันธ์                             |
| +/- = .71 - 1.00 | มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง                   |
| +/- = .30 - .70  | มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง               |
| +/- = .01 - .29  | มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ                   |
| = .00            | ไม่มีความสัมพันธ์กัน                          |
| $r$ มีค่าบวก     | ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางเดียวกัน   |
| $r$ มีค่าลบ      | ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางตรงข้ามกัน |

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 พลังสุขภาพจิต การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความพอเพียงของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โรคประจำตัว ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษของผู้ป่วย การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ( $n = 97$ )

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------|-------|--------|
| เพศ             |       |        |
| ชาย             | 33    | 34.00  |
| หญิง            | 64    | 66.00  |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล              | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------|-------|--------|
| อายุ ( $M = 48, SD = 1.82$ ) |       |        |
| ระหว่าง 25-29 ปี             | 5     | 5.20   |
| ระหว่าง 30-39 ปี             | 9     | 9.20   |
| ระหว่าง 40-49 ปี             | 26    | 26.80  |
| ระหว่าง 50-59 ปี             | 57    | 58.80  |
| สถานภาพสมรส                  |       |        |
| โสด                          | 23    | 23.70  |
| สมรส                         | 49    | 50.50  |
| หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่  | 25    | 25.80  |
| ระดับการศึกษา                |       |        |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ           | 2     | 2.10   |
| ประถมศึกษา                   | 48    | 49.50  |
| มัธยมศึกษา                   | 28    | 28.90  |
| อนุปริญญาและปริญญาตรี        | 15    | 15.40  |
| สูงกว่าปริญญาตรี             | 4     | 4.10   |
| อาชีพปัจจุบัน                |       |        |
| ค้าขาย                       | 10    | 10.30  |
| รับจ้าง                      | 43    | 44.30  |
| ประกอบธุรกิจส่วนตัว          | 5     | 5.20   |
| เกษตรกร                      | 8     | 8.20   |
| ไม่มีอาชีพ                   | 31    | 32.00  |
| ความพอเพียงของรายได้         |       |        |
| เพียงพอ                      | 47    | 48.50  |
| ไม่เพียงพอ/ มีหนี้สิน        | 37    | 38.10  |
| ไม่มีรายได้                  | 13    | 13.40  |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล                        | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย               |       |        |
| พ่อ/แม่                                | 41    | 42.30  |
| ลูก/หลาน                               | 13    | 13.40  |
| พี่/น้อง                               | 30    | 30.90  |
| น้ำ/อา                                 | 1     | 1.00   |
| ลุง/ป้า                                | 2     | 2.10   |
| อื่น ๆ (สามี-ภรรยา)                    | 10    | 10.30  |
| โรคประจำตัว                            |       |        |
| มี                                     | 42    | 43.30  |
| ไม่มี                                  | 55    | 56.70  |
| ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย                 |       |        |
| 1-5 ปี                                 | 24    | 27.70  |
| 6-10 ปี                                | 29    | 30.00  |
| 11-15 ปี                               | 7     | 7.20   |
| 16-20 ปี                               | 20    | 20.60  |
| มากกว่า 20 ปี                          | 17    | 17.50  |
| จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาของผู้ป่วย |       |        |
| 1-3 ครั้ง                              | 41    | 42.30  |
| 4-6 ครั้ง                              | 22    | 22.70  |
| 7-9 ครั้ง                              | 18    | 18.50  |
| มากกว่า 10 ครั้ง                       | 16    | 16.50  |
| การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท               |       |        |
| ยาชนิดรับประทาน                        | 54    | 55.70  |
| ยาชนิดฉีด                              | 5     | 5.10   |
| ยาชนิดรับประทานและยาชนิดฉีด            | 38    | 39.20  |

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีจำนวน 97 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.00 เพศชาย ร้อยละ 34.00 มีอายุระหว่าง 50-59 ร้อยละ 58.80 รองลงมา อายุระหว่าง 40-49 ร้อยละ 26.80 สถานภาพสมรสของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 50.50 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 25.80 จบการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.50 รองลงมามัธยมศึกษา ร้อยละ 28.90 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.30 รองลงมา ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 32.00 และมีความพอเพียงของรายได้ ร้อยละ 48.50 รองลงมา ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน ร้อยละ 38.10 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่ ร้อยละ 42.60 รองลงมา เป็นพี่น้อง ร้อยละ 30.90 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.30 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 6-10 ปี ร้อยละ 30.00 รองลงมา 1-5 ปี ร้อยละ 24.70 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 42.30 รองลงมา คือ 4-6 ครั้ง ร้อยละ 22.70 การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ เป็นยาชนิดรับประทาน ร้อยละ 55.70 รองลงมา เป็นยาชนิดรับประทานและยาชนิดฉีด ร้อยละ 39.20

## ส่วนที่ 2 พลังสุขภาพจิต การมองโลกในแง่ดี ทศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลัง สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของพลังสุขภาพจิตโดยรวม และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แยกเป็นรายด้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $n = 97$ )

| พลังสุขภาพจิต          | <i>M</i>     | <i>SD</i>    | ระดับ       |
|------------------------|--------------|--------------|-------------|
| ด้านความทนทานทางอารมณ์ | 30.67        | 4.81         | ปกติ        |
| ด้านกำลังใจ            | 16.37        | 2.98         | ปกติ        |
| ด้านการจัดการกับปัญหา  | 15.49        | 3.06         | ปกติ        |
| <b>โดยรวม</b>          | <b>62.53</b> | <b>10.85</b> | <b>ปกติ</b> |

จากตารางที่ 2 พบว่า พลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.53 ( $SD = 10.85$ ) แยกเป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านความทนทานทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 30.67 ( $SD = 4.81$ ) ด้านกำลังใจอยู่ในระดับปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 16.37

( $SD = 2.98$ ) และด้านการจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 15.49 ( $SD = 3.06$ ) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยปกป้องของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $n = 97$ )

| คะแนนรวม                                   | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|--|----------|-----------|
| การมองโลกในแง่ดี                           | 51.06    | 6.28      |
| ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท          | 40.09    | 5.91      |
| ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท | 109.94   | 13.49     |
| การสนับสนุนทางสังคม                        | 81.90    | 16.67     |

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ 51.06 ( $SD = 6.28$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 40.09 ( $SD = 5.91$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 109.94 ( $SD = 13.49$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 81.80 ( $SD = 16.67$ )

### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $n = 97$ )

| ปัจจัยปกป้อง                         | พลังสุขภาพจิต ( <i>r</i> ) | <i>p</i> -value |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------------|
| การมองโลกในแง่ดีของผู้ดูแล           | .694                       | .000            |
| ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย          | .328                       | .004            |
| ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย | .414                       | .000            |
| การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล        | .433                       | .000            |

จากตารางที่ 4 พบว่า การมองโลกในแง่ดีของผู้ดูแลทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย  
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์  
ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิต ( $r = .694, p < .001, r = .328, p < .01, r = .414, p < .001,$   
และ  $r = .433, p < .001$ ) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ในอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 97 คน ได้มาโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรีที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามแต่ละชุดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, .81, .94, .87, .89 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlational coefficient) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีจำนวน 97 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.00 เพศชาย ร้อยละ 34.0 มีอายุระหว่าง 50-59 ร้อยละ 58.80 รองลงมา อายุระหว่าง 40-49 ร้อยละ 26.80 สถานภาพสมรสของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 50.50 รองลงมา คือ หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ ร้อยละ 25.80 จบการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.50 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 28.90 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.30 รองลงมา ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 32.00 และมีความพอเพียงของรายได้ ร้อยละ 48.50 รองลงมา ไม่เพียงพอ/ มีหนี้สิน ร้อยละ 38.10 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นพ่อ/ แม่ ร้อยละ 42.30 รองลงมา เป็นพี่น้อง ร้อยละ 30.90 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.30 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 6-10 ปี ร้อยละ 30.00 รองลงมา 1-5 ปี ร้อยละ 24.75 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 42.30 รองลงมา คือ 4-6 ครั้ง ร้อยละ 22.70

การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ เป็นยาชนิดรับประทาน ร้อยละ 55.70 รองลงมา เป็นยารับประทานและยาชนิดฉีด ร้อยละ 39.20

2. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.53 ( $SD = 10.85$ ) แยกเป็นรายด้าน ประกอบด้วย ด้านความทนทานทางอารมณ์อยู่ในระดับปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 30.67 ( $SD = 4.81$ ) ด้านกำลังใจอยู่ในระดับปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 16.37 ( $SD = 2.98$ ) และด้านการจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 15.49 ( $SD = 3.06$ ) ตามลำดับ

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ 51.60 ( $SD = 6.28$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 40.09 ( $SD = 5.91$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 109.94 ( $SD = 13.49$ ) ค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 81.80 ( $SD = 16.67$ )

4. การมองโลกในแง่ดี ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .694, p < .001, r = .328, p < .01, r = .414, P < .001$ , และ  $r = .433, p < .001$ ) ตามลำดับ

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

### 1. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 62.53 ( $SD = 10.85$ ) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เทียนทอง หาระบุตร (2555) ที่ทำการศึกษาลักษณะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 และใกล้เคียงกับการศึกษาของ มณีวรรณ สุวรรณมณี, วิภา แซ่เซี้ย และประณีต ส่วงวัฒนา (2557) เรื่องพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลทั้ง โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง

2. การมองโลกในแง่ดี ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต

2.1 การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .694, p < .001$ ) สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มองโลกทางบวก

จะทำให้เกิดความคาดหวังและเรียนรู้ประสบการณ์ทางบวก เชื่อว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในอนาคต คาดหวัง เชื่อมั่น มุ่งมั่น ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ถึงแม้จะพบความยากลำบาก เชื่อมั่นในความสามารถ ในการควบคุมตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมถึงการใช้ชีวิตด้วยความหวัง (Scheirer & Carver, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Youll and Meekosha (2013) ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดี ทำให้สามารถลดความเครียด และลดอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งด้วยความเข้มแข็ง หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการมองโลก ในแง่ดี จะมองปัญหาและสิ่งที่เผชิญในทางบวก รวมถึงคาดหวังผลในอนาคตที่เกิดขึ้นในทางบวก เช่นกัน จะทำให้เกิดความมุ่งมั่น เชื่อมั่นในตนเองว่าจัดการเหตุการณ์ในชีวิตได้ มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง สามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีความ เข้มแข็งของจิตใจ หรือ พลังสุขภาพจิตสอดคล้องกับการศึกษาข้างเคียงของ Fredrickson, Tugade, Waugh, and Larkin (2003) ซึ่งศึกษาอารมณ์ทางบวกในนักศึกษมหาวิทยาลัยในประเทศ สหรัฐอเมริกา หลังการโจมตีของผู้ก่อการร้าย 9-11 พบว่า อารมณ์ทางบวกจะเป็นพลังในการต่อสู้ กับปัญหาอุปสรรคจนเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางใจ และเป็นเกราะป้องกันไม่ให้นักศึกษา มีภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ Souril and Hasanirad (2011) พบว่า พลังสุขภาพจิต และการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในนักศึกษาแพทย์ นอกจากนี้ การศึกษาของ Lopez, Romero-Moreno, Marquez-Gonzalez, and Losada (2015) พบว่า การมองโลก ในแง่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้อารมณ์ทางด้านลบลดลง มีความทนทานทาง อารมณ์ สามารถปรับตัวและมีสุขภาพดีขึ้น และการศึกษาของ Grant, Ballard, Olson-Madden, and Jennifer (2015) พบว่า การมองโลกในแง่ดี สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบที่จะช่วยเหลือ ครอบครัวที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถเผชิญกับความเครียดและสามารถจัดการ กับปัญหาได้ ถึงอย่างไรก็ตามไม่พบการศึกษาที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี และพลังสุขภาพจิตโดยตรง แต่พบการศึกษาข้างเคียง แต่จากผลการวิจัยนี้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่น เพิ่มมากขึ้นว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของบุคคล

2.2 ทักษะจิตใจของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .328, p < .01$ ) อธิบายได้ว่า การมีทัศนคติที่ดี ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดมุมมองด้านบวกต่อผู้ป่วยและมีจิตสำนึกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยความรัก เห็นใจ เข้าใจ ยอมรับ จึงสามารถปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ได้ มีความทนทานต่ออารมณ์ ทางลบของตนเอง และมีขวัญกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย จนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ รัชณี ไพรสวัสดิ์ (2550) พบว่า ทักษะจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่มีความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก

ที่ดีในด้านบวก จะเห็นใจ เข้าใจ ขอมรับผู้ป่วยและกระทำในบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีความสุขในการทำหน้าที่ เกิดกำลังใจที่จะให้การดูแลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .414, p < .001$ ) อธิบายได้ว่า จากการวิจัยนี้ พบผู้ดูแลมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.30 ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานเป็นช่วงเวลาที่ใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยของตนเองจนเกิดเป็นความเชื่อมั่น ลงมือปฏิบัติจนเกิดเป็นทักษะ และกลายเป็นความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์กับแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งมาจากการสั่งสมระยะเวลาในการเรียนรู้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เมื่อวันเวลาผ่านไปทำให้บุคคลได้เรียนรู้จากประสบการณ์จนพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Harmell, Chattillion, Roepke, and Mausbach (2011) พบว่า การเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และเชื่อในความสามารถของการจัดการตนเอง (Personal mastery) เป็นปัจจัยปกป้องของพลังสุขภาพจิต ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาข้างเคียงถึงความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ อิชยา เขื่อนมั่น (2547) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล จะมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และเชื่อว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ ให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีสถานการณ์ยากลำบาก ผู้ดูแลจะใช้ความสามารถของตนเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จนบรรเทาเบาบางปัญหาลง และสามารถเผชิญกับความจริงจนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต ดำรงอยู่ในบทบาทของผู้ดูแล

2.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .433, p < .001$ ) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบุคคลอื่น ๆ จนได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ รวมถึงข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดำรงชีวิต Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) สอดคล้องกับแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (Stuart Stress Adaptation Model [SSAM]) (Stuart, 2013) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา (Coping resource) ที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้บุคคล

ปรับตัวได้และมีสุขภาพจิตดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Takviriyun (2008) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและปรับตัวได้จนลดภาระและความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากผลการวิจัยนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อธิบายได้ว่า การช่วยเหลือทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อความเครียด จัดการกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลได้ดีขึ้น ไม่มองภาระการดูแลเป็นความทุกข์ จึงสามารถลดความเหนื่อยหน่าย ปรับตัวและเยียวยาจิตใจตนเองได้ดีขึ้น จนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Scott (2010) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวจะมีแนวโน้มคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. **ด้านปฏิบัติการพยาบาล** พยาบาลที่รับผิดชอบงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตที่จะเป็นภูมิคุ้มกันต่อความเครียดและปัญหาจนเกิดการปรับตัวต่อสถานการณ์ยากลำบากได้อย่างเหมาะสม
2. **ด้านการวิจัย** นักวิจัยทางการพยาบาลและด้านอื่น ๆ ควรมีการต่อยอดวิจัยเชิงทำนายในเรื่องปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิต รวมถึงการพัฒนางานวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นและในพื้นที่อื่น

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี: พลังสุขภาพจิต RQ*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2546*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต RQ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th/main.asp>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th/main.asp>.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้าน โปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ฉิมห์จุกา ชัยเสนา คาลลาส, สายใจ พัวพัน และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2557). ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 1-13.
- เทียนทอง หาระบุตร. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2542). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการวัดเจตคติ*. อุบลราชธานี: ภาควิชาทดสอบการวิจัยและศึกษา คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ธัญญลักษณ์ แสนสุข. (2551). *ประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิสากร แก้วพิลา. (2545). *ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ศานสุทธการพิมพ์.

- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มณีวรรณ สุวรรณมณี, วิภา แซ่เขี้ย และประณีต ส่งวัฒนา. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างพลัง  
สุขภาพจิตกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบ  
ในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(3),  
24-35.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2552). *โรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รัชฎา ธรรมน้อย. (2548). *การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายาม  
ฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณี ไพรสวัสดิ์. (2550). *บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์  
สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศิริวิมล กำนวน. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญ  
และฟื้นฟ้อุปสรรค และความสุข: กรณีศึกษาพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง*.  
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุมาลินี มธุรพจน์พงศ์. (2555). *ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความสามารถในการฟื้นคืนได้:  
ตัวแปรทำนายผลงาน ความพึงพอใจในงาน ความสุขในการทำงาน และความผูกพันกับ  
องค์กร*. *วารสารจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 5(3), 306-318.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติของโรคจิตเวชสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี*. เข้าถึงได้จาก <http://www.203.157.109.15/nont/index.php>.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:  
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิชยา เชื้อนมนัน. (2545). *สุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็ก  
ออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล  
จิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อิชยา เชื้อนมนัน. (2547). *ความสามารถของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. นครราชสีมา: โรงพยาบาล  
จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.

- อภิชัย มงคล, ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมช้าย และวรวรรณ จุฑา. (2552). *การศึกษาศุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2550*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorder* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association [APA]. (2004). *The road to resilience*. Retrieved from <http://www.apahelpcenter.org/featuredtopics/feature.php>
- Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In E. J. Anthony, & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (pp. 201-230). New York: Wiley.
- Bekhet, A., Fouad, R., & Zauszniewski, J. A. (2011). The role of positive cognitions in Egyptian elders relocation adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, 33, 121-135.
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community*. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory.
- Chang, E. C., & Lawrence, S. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of cognitive affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16(3), 524-530.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-301.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 9, 310-352.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver. *Family & Community*, 15(2), 1-9.
- Davis, N. J. (1999). *Resilience working paper: Status of the research and research based programs*. Retrieved from <http://mentalhealth.samhsa.gov/choolviolence/5-28>  
Resilience
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(5), 276-282.



- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. (2003). What good are positive emotions in crises: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 365-376.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist, 34*, 416-430.
- George, H. S. (1996). *Redefining family support: Innovation in public-private partnership*. Baltimore: Pual H. Bookes.
- Grant, C., Ballard, E. D., & Olson-Madden, J. H. (2015). An empowerment approach to family caregiver involvement in suicide prevention: Implications for practice. *Family Journal, 23*(3), 295-304.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Netherland: Bermard van Leer Foundation.
- Harmell, A. L., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., & Mausbach, B. T. (2011). A review of the psychobiology of dementia caregiving: A focus on resilience factors. *Current Psychiatry Reports, 13*(3), 219-224. doi: 10.1007/s11920-011-0187-1
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics, 5*(2), 194-246.
- House, J. S. (1980). Social support occupational stress and health. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 202-218.
- Jones, S. L. (1996). Editorial: We must include the informal caregiver in managed care. *Archives of Psychiatric Nursing, 10*(4), 196-197.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry* (6<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams & Willkins.
- Karren, K., Hafen, B., Amith, N., & Frandsen, K. (2002). *Mind/ body health: The effects of attitudes, emotions, and relationships*. San Francisco, CA: Benjamin Cummings.
- Keks, N., Mazumdar, P., & Shields, R. (2000). New developments in schizophrenia. *Australian Family Physician, 29*, 129-135.
- Kotler, P. (2000). *Marketing management* (9<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptation* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Plenum.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology*, *44*, 61-71.
- Lopez, J., Romero-Moreno, R., Marquez-Gonzalez, M., & Losada, A. (2015) Anger and health in dementia caregivers: Exploring the mediation effect of optimism. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, *31*(2), 158-165.
- Losada, A., Marquez-Gonzalez, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., Lopez, J., Fernandez-Fernandez, V., & Nogales-Gonzalez, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results fo a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 760. doi: 10.1037/ccp0000028.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review research study. *Journal of Advance Nursing*, *21*(10), 284-255.
- Lynn, C., & Lane, D. (2010). *Tracing the pink ribbon: Development of a family resilience measure*. Doctoral dissertation, Human Development, Graduate Study, Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Martyns-Yellowe, A. J. (1992). The burden of schizophrenia on the family: A study from Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, *161*(12), 779-782.
- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang, & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concept of practice* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby-year book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concept of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby-year book.
- Reinhard, S. C., & Harwitz, A. V. (1995). Caregiver burden: Diffrentiating the content and consequences of family caregiver. *Journal of Marriage and the Family*, *57*(8), 741-750.

- Ruter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry* (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Williams & Winkins.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Scheirer, M. F., & Carver, C. S. (1994). Optimism, coping and health: Assessment and implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (1994). *Consumer behavior* (5<sup>th</sup> ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Scott, C. B. (2010). *Alzheimer's disease caregiver burden: Does resilience matter*. Doctor dissertation, Psychology, Graduate Study, The University of Tennessee, Knoxville.
- Secord, P. F., & Backman, C. W. (1964). *Social psychology*. New York: McGraw-Hill Book.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learning optimisms*. New York: Pocket Books.
- Song, L. Y., Bielgel, D. E., & Milligan, S. E. (1997). Predictor of depressive symptomatology among lower social class caregivers of person with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 33(4), 269-286.
- Souri, H., & Hasanirad, T. (2011). Relationship between resilience, optimism and psychological well-being in students of medicine. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 1541-1544.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Synder, C. R., & Lopez, S. J. (Eds.). (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Takviriyannun, N. (2008). Development and testing of the resilience factors scale for Thai adolescents. *Nursing and Health Sciences*, 10, 203-208.
- Talma, S. G. (2001). Resilience and social work practice: Three case studies. *Families in Society*, 82(5), 441-450.
- Taylor, C. M. (1994). *Essential of psychiatric nursing* (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby Year book.

- Thoits, P. A. (1986). Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159.
- Thompson, E. A. (1999). *Resiliency in families with a member facing AIDS*. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. A. Futrell (Eds.), *The dynamic of resilient families* (pp. 135-163). Thousand Oaks, California: Sage.
- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: Aninvisible crisis. *Family Relations*, 31(7), 379-388.
- Thompson, E. H., Futterman, A., Gallagher-Thompson, D., Rose, J. M., & Lovett, S. B. (1993). Social support and care giving burden in family caregivers of frail elder. *Journal of Gerontology*, 48(15), 245-254.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- World Health Organization [WHO]. (2001). *Schizophrenia: Youth greatest disabler-a disabling disease*. Geneva: National League for Nursing.
- Youll, J., & Meekosha, H. (2013). Always look on the bright side of life: Cancer and positive thinking. *Journal of Sociology*, 49(1), 22-40.
- Zauszniewski, J. A., & Bekhet, A. K. (2011). The role of positive cognitions in Egyptian elders relocation adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, 33(1), 121-135.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

.....

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของกรสุขภาพจิต

กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง และตอบแบบสัมภาษณ์ให้ครบทุกข้อ  
จึงจะเป็นคำตอบที่สมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง ที่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้

ศิริพร บุรณกุลกิจการ

ผู้วิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ท่านพิจารณาเห็นว่าตรงตามจริงเกี่ยวกับตัวท่าน  
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศของท่าน  ชาย  หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ
 

|                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 25-29 ปี | <input type="checkbox"/> 30-34 ปี | <input type="checkbox"/> 35-39 ปี |
| <input type="checkbox"/> 40-44 ปี | <input type="checkbox"/> 45-49 ปี | <input type="checkbox"/> 50-54 ปี |
| <input type="checkbox"/> 55-59 ปี |                                   |                                   |
3. สถานภาพสมรส
 

|                              |                               |  |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> โสด | <input type="checkbox"/> สมรส | <input type="checkbox"/> หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ |
|------------------------------|-------------------------------|--|
4. ท่านจบการศึกษา
 

|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา       |
| <input type="checkbox"/> อนุปริญญา          | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี  | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี |
5. อาชีพของท่าน
 

|                                  |                                     |  |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ค้าขาย  | <input type="checkbox"/> รับจ้าง    | <input type="checkbox"/> ประกอบธุรกิจส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกร | <input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ |  |
6. ความเพียงพอของรายได้
 

|                                  |  |                                      |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เพียงพอ | <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ/ มีหนี้สิน | <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้ |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|
7. ท่านมีความเกี่ยวข้องอย่างไรกับผู้ป่วยจิตเภท
 

|                                   |                                    |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> พ่อ/ แม่ | <input type="checkbox"/> ลูก/ หลาน | <input type="checkbox"/> พี่/ น้อง |
| <input type="checkbox"/> น้ำ/ อา  | <input type="checkbox"/> ลุง/ ป้า  |                                    |
8. ท่านมีโรคประจำตัว
 

|                                       |                                |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
|---------------------------------------|--------------------------------|
9. ระยะเวลาที่ท่านให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบัน
 

|                                   |  |                                   |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-5 ปี   | <input type="checkbox"/> 6-10 ปี       | <input type="checkbox"/> 11-15 ปี |
| <input type="checkbox"/> 16-20 ปี | <input type="checkbox"/> มากกว่า 20 ปี |                                   |



10. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

- 1-3 ครั้ง       4-6 ครั้ง       5-9 ครั้ง       มากกว่า 10 ครั้ง

11. เพศของผู้ป่วยจิตเภท

- ชาย       หญิง

12. อายุของผู้ป่วยจิตเภท

- 15-19 ปี       20-24 ปี       25-29 ปี  
 30-34 ปี       35-39 ปี       40-44 ปี  
 45-49 ปี       50-54 ปี       55-59 ปี  
 60-64 ปี       65-69 ปี       70 ปีขึ้นไป

13. ระยะเวลาเจ็บป่วยของโรคจิตเภท

- 1-5 ปี       6-10 ปี       11-15 ปี  
 16-20 ปี       มากกว่า 20 ปี

14. การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

- แพทย์แผนปัจจุบัน       ยาจีน       ยาฉีด       ยาจีนและยาฉีด

แพทย์ทางเลือก อื่น ๆ ระบุ.....

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี

**คำชี้แจง :** แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี โดยแต่ละข้อประกอบด้วยข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง ขอให้ท่าน โปรดตอบคำถามแต่ละข้อตามระดับความรู้สึกของท่านตามความจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

| คำถาม   | ไม่ตรง | ค่อนข้าง<br>ไม่ตรง | ตรงและ<br>ไม่ตรง<br>พอ ๆ กัน | ค่อนข้าง<br>ตรง | ตรง |
|---|--------|--------------------|------------------------------|-----------------|-----|
| 1. ฉันเชื่อว่าฉันจะเจอสิ่งดี ในอนาคต  |        |                    |                              |                 |     |
| 2. เรื่องร้าย ๆ กับฉันเป็นของกลุ่ม  |        |                    |                              |                 |     |
| 3. ฉันเป็นคนมองโลกในแง่ดี   |        |                    |                              |                 |     |
| 4. แม้ว่าจะพยายามอย่างหนักแค่ไหน<br>ฉันเชื่อว่าฉันไม่มีทางประสบ<br>ความสำเร็จได้      |        |                    |                              |                 |     |
| 5. หากเกิดปัญหาจากการทำงานใน<br>อนาคต ฉันเชื่อว่าฉันจะสามารถผ่าน<br>พ้นมันไปได้ด้วยดี |        |                    |                              |                 |     |
| 6. ฉันคาดหวังถึงสิ่งที่ดียิ่งขึ้นใน<br>อนาคต  |        |                    |                              |                 |     |
| 7. ฉันคงไม่เจอกับเรื่องดี ๆ ในชีวิต   |        |                    |                              |                 |     |
| .....   |        |                    |                              |                 |     |
| .....   |        |                    |                              |                 |     |
| .....   |        |                    |                              |                 |     |
| .....   |        |                    |                              |                 |     |
| 16. ฉันเชื่อว่า ทุกปัญหาที่ทางออกเสมอ   |        |                    |                              |                 |     |

### ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้ เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท เป็นความคิดเห็นของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ขอให้ท่านพิจารณาแต่ละข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นที่แท้จริงหรือการกระทำของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

| ข้อความ   | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่เห็น<br>ด้วยอย่าง<br>ยิ่ง |
|---|-----------------------|----------|----------|-----------------|------------------------------|
| 1. ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วยที่ต้อง<br>เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท                       |                       |          |          |                 |                              |
| 2. ท่านรู้สึกอับอาย ที่มีคนป่วยโรค<br>จิตเภทอยู่ในครอบครัว                      |                       |          |          |                 |                              |
| 3. ท่านคิดว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถ<br>ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวได้                 |                       |          |          |                 |                              |
| 4. ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท<br>ต้องการที่จะมีความสุขเช่นเดียวกับ<br>บุคคลอื่น |                       |          |          |                 |                              |
| 5. ท่านได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย<br>เช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่น ๆ ใน<br>ครอบครัว        |                       |          |          |                 |                              |
| .....   |                       |          |          |                 |                              |
| .....   |                       |          |          |                 |                              |
| .....   |                       |          |          |                 |                              |
| .....   |                       |          |          |                 |                              |
| 10. ท่านสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วย<br>โรคจิตเภทได้อย่างปกติ โดยไม่<br>รังเกียจ    |                       |          |          |                 |                              |

#### ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวันของท่าน ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ของแต่ละข้อที่ตรงกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

| ข้อความ  | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>บ้าง | ไม่เห็น<br>ด้วย |
|--|----------|------------------|-----------------|
| <p><b>ด้านที่ 1 ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใน</b><br/><b>ฐานะผู้ดูแลรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมทั้ง</b><br/><b>ภายในและภายนอกที่สำคัญสำหรับการดูแล</b></p> <p>1. ท่านสามารถให้การดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เมื่อมีอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อ่อนเพลียมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เป็นต้น</p> |          |                  |                 |
| 2.....   |          |                  |                 |
| 3.....   |          |                  |                 |
| 5. ท่านใส่ใจความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ท่านดูแล   |          |                  |                 |
| <p><b>ด้านที่ 2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้าน</b><br/><b>ร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มในการ</b><br/><b>ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง</b></p> <p>6. ท่านมีความสุขภาพที่สมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงที่จะเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท</p>  |          |                  |                 |
| 7.....   |          |                  |                 |
| 8.....   |          |                  |                 |
| 9.....   |          |                  |                 |

| ข้อความ  | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>บ้าง | ไม่เห็น<br>ด้วย |
|--|----------|------------------|-----------------|
| <p>ด้านที่ 3 ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>10. ท่านมีกล้ามเนื้อและกระดูกที่แข็งแรงสามารถเคลื่อนไหวไปมาได้สะดวก</p>      |          |                  |                 |
| 11.....  |          |                  |                 |
| <p>ด้านที่ 4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการปฏิบัติกรเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>12. ท่านสามารถชวนผู้ป่วยจิตเภทพูดคุยเรื่องสนุกสนานเพื่อให้คลายความเครียด</p>   |          |                  |                 |
| .....  |          |                  |                 |
| .....  |          |                  |                 |
| 15. ท่านทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางอย่างตามคำแนะนำโดยไม่เข้าใจเหตุผล  |          |                  |                 |
| <p>ด้านที่ 5 ด้านแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายที่ส่งผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก</p> <p>16. ท่านมีกำลังใจเสมอ เมื่อท่านให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> |          |                  |                 |
| .....  |          |                  |                 |
| .....  |          |                  |                 |
| .....  |          |                  |                 |
| 20. ท่านปรารถนาให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข  |          |                  |                 |
| <p>ด้านที่ 6 ด้านความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ</p> <p>21. เมื่อมีปัญหาด้านคำรักษาพยาบาล ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ได้</p>                                      |          |                  |                 |

| ข้อความ  | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>บ้าง | ไม่เห็น<br>ด้วย |
|--|----------|------------------|-----------------|
| .....  |          |                  |                 |
| 24. ท่านมีประสบการณ์ในการตัดสินใจที่ดีในเรื่อง<br>การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท  |          |                  |                 |
| <b>ด้านที่ 7 ด้านความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้<br/>เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากผู้รู้ ผู้ชำนาญ การคงไว้<br/>ซึ่งความรู้และนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้</b>                        |          |                  |                 |
| 25. ท่านขอคำปรึกษาแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่<br>เมื่อมีปัญหาข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท  |          |                  |                 |
| .....  |          |                  |                 |
| .....  |          |                  |                 |
| 29. ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้จากการสอบถามแพทย์<br>หรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท  |          |                  |                 |
| <b>ด้านที่ 8 ด้านทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด<br/>และสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อสื่อสาร<br/>และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับใช้<br/>ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</b> |          |                  |                 |
| 30. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากญาติ หรือเพื่อน<br>เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อท่านต้องการความ<br>ช่วยเหลือ   |          |                  |                 |
| .....  |          |                  |                 |
| 34. ท่านสามารถระบายความทุกข์ใจจากการดูแล<br>ผู้ป่วยจิตเภท  |          |                  |                 |
| <b>ด้านที่ 9 ด้านความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการ<br/>ดูแลหรือระบบการดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแล<br/>ผู้ป่วยจิตเภท</b>  |          |                  |                 |
| 35. ท่านสามารถจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมในการ<br>ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามลำดับก่อนและหลังได้เหมาะสม  |          |                  |                 |
| .....  |          |                  |                 |

| ข้อความ   | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>บ้าง | ไม่เห็น<br>ด้วย |
|---|----------|------------------|-----------------|
| 40. เมื่อท่านต้องไปธุระที่รีบด่วน ท่านจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว/ ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท  |          |                  |                 |
| ด้านที่ 10 ด้านความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่องและผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน |          |                  |                 |
| 41. ท่านต้องเสียเวลาหรือหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยจิตเภท   |          |                  |                 |
| .....   |          |                  |                 |
| .....   |          |                  |                 |
| .....   |          |                  |                 |
| 44. ท่านไม่สามารถทำงานอย่างอื่นได้อีกเลยเมื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท  |          |                  |                 |





### ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้ เป็นแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ของแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกและพฤติกรรมของท่านมากที่สุด

| ข้อคำถาม  | ไม่จริง | จริงบางครั้ง | ค่อนข้างจริง | จริงมาก |
|---|---------|--------------|--------------|---------|
| <b>ด้านความทนทานทางอารมณ์</b>   |         |              |              |         |
| 1. เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อยทำให้ฉันว่าวุ่นใจ<br>นั่งไม่ติด                               |         |              |              |         |
| .....   |         |              |              |         |
| .....   |         |              |              |         |
| 10. เมื่อมีเรื่องหนักใจ ฉันมีคนปรับทุกข์ด้วย  |         |              |              |         |
| <b>ด้านกำลังใจ</b>  |         |              |              |         |
| 11. จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ฉันมั่นใจ<br>ว่าจะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ |         |              |              |         |
| .....   |         |              |              |         |
| .....   |         |              |              |         |
| 15. เป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับฉันที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น                                     |         |              |              |         |
| <b>ด้านการจัดการกับปัญหา</b>  |         |              |              |         |
| 16. ฉันอยากหนีไปให้พ้น หากมีปัญหาหนักหนา<br>ต้องรับผิดชอบ                               |         |              |              |         |
| .....   |         |              |              |         |
| .....   |         |              |              |         |
| .....   |         |              |              |         |
| 20. ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน  |         |              |              |         |

**ภาคผนวก ข**

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม**

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Relationship between Protective Factors and Resilience in among Caregivers of Patients with Schizophrenia

ชื่อนิติ นางสาวศิริพร บุรณกุลกิจการ

รหัสประจำตัวนิสิต 54920294      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 20 - 03 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 97 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ชุมชนตำบลบางบัวทอง ตำบลบางรักพัฒนา ตำบลโสนลอย ตำบลบางรักใหญ่ ตำบลบางคูรัด ตำบลละหาร ตำบลลำโพ ตำบลทิมสรราช อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 20 เดือน เมษายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๗๑๙๙

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
๓. รายชื่อสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ด้วย นางสาวศิริพร บุรณกุลกิจกรร รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๒๙๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยป้องกันกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ตาลลาส เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้ นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุระหว่าง ๒๕ - ๕๕ ปี ในเขตอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม - ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๙๗ ราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๓ ๕๖๓ ๐๒๗๖

สำเนาเรียน สาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๔ แห่ง

ภาคผนวก ค  
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 20-3-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริพร บุรณกุลกิจการ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ผู้วิจัยจะแจ้งสิทธิการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย ท่านลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ อ่านและตอบแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งสิ้น 6 ฉบับ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที หากไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัยในข้อคำถามสามารถขอคำอธิบายเพื่อความกระจ่างในข้อคำถามนั้น ๆ โดยผู้วิจัยจะอธิบายอย่างเป็นมาตรฐานกันหมดทุกรายโดยที่มีผู้วิจัยนั่งอยู่ในบริเวณใกล้เคียงพร้อมทั้งให้คำแนะนำหรือตอบคำถามข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ได้ทุกเมื่อ

ประโยชน์ที่จะได้รับจะเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อให้พยาบาล และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยและสังคมส่วนรวมต่อไป การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตาม จะไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาลหรือผลกระทบต่อชีวิตประจำวันแต่อย่างใด โดยข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และมีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิเคราะห์ผลการวิจัยแล้ว จะทำลายข้อมูล หลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ข้อมูลส่วนที่เป็นเอกสารถูกทำลายทันทีและข้อมูลที่เป็นไฟล์จะถูกลบทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำไปเสนอโดยภาพรวม หากท่านยินดีจะเข้าร่วมการวิจัยแล้วเกิดเปลี่ยนใจ

ภายหลัง ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเวลาโดยที่ไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวศิริพร บุรณกุลกิจการ หมายเลขโทรศัพท์ 084-652-6315 หรือที่ ดร.จินห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์ 038-102810

นางสาวศิริพร บุรณกุลกิจการ  
ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวศิริพร บุรณกุลกิจการ)



ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือข้างขวาของข้าพเจ้าใน ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวศิริพร บุรณกุลกิจการ)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทน โดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวศิริพร บุรณกุลกิจการ)