

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

เสาวนีย์ คงนิรันดร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

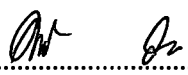
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

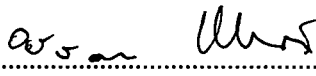
สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

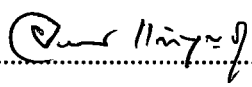
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ เสาวินัย คงนิรันดร ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

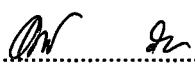
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

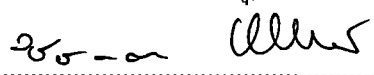

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

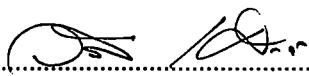

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนัดดา แนบเกษร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)


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


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนัดดา แนบเกษร)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 23 เดือน กันยายน พ.ศ. 2557

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.อ.หญิงชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ที่กรุณา ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดี เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณแม่ พ่อ พี่น้อง และเพื่อนหอผู้ป่วยหญิงและเด็ก หอผู้ป่วยนอก เพื่อน ๆ รหัส 53 สาขาการพยาบาลจิตเวช ที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตา แด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้า เป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่าทุกวันนี้

เสาวนีย์ คงนิรันดร

53920628: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ภาระการดูแล/ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท/ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท/ การสนับสนุนทางสังคม

เสาวนีย์ คงนรินทร์: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

(FACTORS INFLUENCING BURDEN AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D., ษัตริย์ดา แนนเกษร, Ph.D. 87 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การวิจัยเชิงพรรณนาชนิดวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 90 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายจับฉลากแบบไม่คืนที่ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือการวิจัยแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะคิดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD = 16.84) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลได้ร้อยละ 63 ($R^2 = .631$, $F = 19.597$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาระการดูแลสูงสุด คือ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -.442$, $p < .001$) และรองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.418$, $p < .001$) โดยสมการทำนายภาระการดูแลในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{ภาระการดูแล}} = -0.442 (Z_{\text{ทักษะคิดต่อการดูแล}}) - 0.418 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}})$$

ผลการศึกษาในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงการรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมให้เพิ่มมากขึ้น อันจะเป็นการช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลง

53920628: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING, M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: BURDEN/ CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA/
ATTITUDE FOR CARE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA/
SOCIAL SUPPORT

SAWANEE KONGNIRUNDON: FACTORS INFLUENCING BURDEN
AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA ADVISORY
COMMITTEE: DUANGJAI VATANASIN, Ph.D., CHANUDDA NABKASORN, Ph.D. 87 P.
2016.

The care burden of schizophrenic patients caregiver is a problem that effects to care giver and schizophrenic patient. The objectives of description research for prediction relation analysis are study the care burden of care giver and the factors that influence to the burden of schizophrenic patient who have service at outpatient department, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. The total amount 90 patients, sample group collect by simple random sampling without replacement, from October 2015 to January 2016. Research instrument separates in 5 parts including personal information, care burden of schizophrenic patient, attitude for care of schizophrenic patients, care giver behavior and social support. The analysis of data was used descriptive statistic, Pearson correlation and multiple regressions.

From the study found that the care givers have average burden at 42.98 (SD = 16.84). From the multiple regression found that attitude for care of schizophrenic and social support can predict factors that influence care burden 63 percent ($R^2 = .631$, $F = 19.597$, $p < .001$). The most influence factor is attitude for care of schizophrenic patient ($\beta = -.418$, $p < .001$). The prediction standard equation is

$$Z_{\text{care burden}} = -0.442 (Z_{\text{attitude of care giver}}) - 0.418 (Z_{\text{social support}})$$

The research result suggest that health staff should give importance and conscious in care burden of schizophrenic patient with the attitude to take care schizophrenic patient and more social support that will reduce care burden of schizophrenic patient care giver.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ผู้ป่วยจิตเภท.....	12
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	20
การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	25
รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model).....	27
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	43
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
ส่วนที่ 2 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	48
ส่วนที่ 3 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม.....	49
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	50
5 สรุปและอภิปรายผล.....	53
สรุปผลการวิจัย.....	53
อภิปรายผลการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้.....	58
บรรณานุกรม.....	60
ภาคผนวก.....	71
ภาคผนวก ก.....	72
ภาคผนวก ข.....	81
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	87

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท..... 44
2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท 47
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท... 48
4	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สนใจ ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุน ทางสังคม 49
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สนใจ ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคม ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท..... 51
6	ปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท..... 52

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 กรอบรูปแบบกระบวนการของความเครียดของ Pearlin.....	30

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและพบมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 0.1-0.5 ต่อพันประชากร ความชุกเท่ากับ 2.5-5.3 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0-9.0 ต่อพันประชากร เพศหญิงและเพศชายเกิดโรคได้พอ ๆ กัน พบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทย้อนหลัง 3 ปีของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท 431,901, 388,779 และ 354,695 คน คิดเป็นอัตรา 644.90, 604.95 และ 547.49 ต่อแสนประชากร จากสถิติจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท 5,524, 5,231 และ 4,018 คน คิดเป็นอัตรา 416.13, 387.10 และ 288.99 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.) สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา แผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท 1,710, 1,995 และ 2,030 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2557) จากสถิติแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมีค่อนข้างสูง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมองทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร มีอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม และการรับรู้ผิดแปลกไปจากความจริง มีลักษณะอาการหลงผิด ประสาทหลอน และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย อย่างน้อย 6 เดือน (American Psychiatric Association [APA], 2013) โรคจิตเภทเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งในส่วนของปัจจัยทางด้านชีวภาพ โดยพบว่า โรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือเกิดจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง โดยเฉพาะสารสื่อประสาท Dopamine และ Serotonin รวมทั้งความผิดปกติของสมอง และระบบประสาทบางส่วน นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ความเครียด วิถีชีวิตที่ยากจน สังคม สิ่งแวดล้อม การปรับตัวหรือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นมีส่วนกระตุ้นให้เกิดโรคจิตเภทได้ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557) โรคจิตเภทสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่หนึ่งก่อนป่วย (Premorbid phase) จะมีความบกพร่อง

ในด้านสังคม การเคลื่อนไหวหรือด้าน Cognitive ในระดับเล็ก ๆ น้อย ไม่ปรากฏอาการทางจิตชัดเจน ระยะที่สองเป็นระยะของอาการนำ (Prodromal phase) จะมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยอาการด้านลบ ซึ่งมีอาการชัดเจน จนญาติสามารถสังเกตเห็นได้ ระยะที่สามเป็นระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่มีอาการทางจิตอย่างเห็นได้ชัด เช่น อาการหลงผิด ความคิดสับสน ประสาทหลอนและเป็นระยะที่ต้องทำการรักษาเพื่อลดความรุนแรงของอาการ และระยะที่สี่เป็นระยะที่มีอาการเรื้อรัง/ อาการหลงเหลือ (Chronic/ Residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบลง ทำให้มีอาการคงที่ทั้งในระดับของอาการทางจิตและความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ แม้ยังมีอาการทางจิตอยู่แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

การบำบัดรักษาโรคจิตเภทที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ คือ การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) โดยยากลุ่มนี้จะช่วยในการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะ Dopamine และ Serotonin ซึ่งยารักษาโรคจิตเภทจะออกฤทธิ์โดยการจับกับ Dopamine receptors และ Serotonin receptors เพื่อปิดกั้นไม่ให้ Dopamine และ Serotonin ที่หลั่งออกมามากเกินไป และสามารถจับกับ Receptors ได้ ซึ่งสารสื่อประสาท Dopamine และ Serotonin เป็นสารเคมีในร่างกายที่ช่วยควบคุมอารมณ์และความรู้สึก โดยสาร Dopamine จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ให้มีความตื่นตัว กระฉับกระเฉง มีสมาธิมากขึ้น และไวต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ รอบ ๆ ตัว ส่วนสาร Serotonin จะควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และควบคุมวงจรการนอนหลับ การหลั่งฮอร์โมน การรับรู้ความเจ็บปวด ซึ่งยาต้านอาการทางจิตสามารถช่วยปรับความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ให้เป็นไปตามสภาพความเป็นจริง แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเภทไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตจึงจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ภายหลังจากได้รับการรักษาจนอาการทุเลาลงผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม ได้แก่ จิตบำบัดแบบประคับประคอง การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว พฤติกรรมบำบัด กลุ่มบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม ปัญญาบำบัด นิเวศน์บำบัด (วาทีณี สุขมาก, 2556) จะเห็นได้ว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับอาการและการดำเนินโรคของผู้ป่วยซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เมื่อได้รับการบำบัดรักษาจนอาการสงบ แต่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ไปตลอดชีวิต (APA, 2013) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้

ขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ขาดการดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ (Kane & Marder, 1993) มีการสูญเสียหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง มีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น ขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งอาการของผู้ป่วยนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตนเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องการเจ้าหน้าที่ดูแลครอบครัวเกิดความรู้สึกผิด คิดว่าตนมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยต้องรับผิดชอบในตัวผู้ป่วย (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556) นอกจากนี้การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นโรคที่มีโอกาสหายขาดของโรคได้น้อย โดยการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง และความไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยได้รับยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน และจะรับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล เมื่อมีอาการรุนแรง ซึ่งคล้ายกับการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตามบางครั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ค่อนข้างมากทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลภายในครอบครัว (อรณพ ทองคำ, 2546) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา พี่น้อง สามิ ภรรยา บุตร หลาน โดยทำหน้าที่ในการดูแลการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งในการดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นการช่วยเหลือกันและกันเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมักรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวที่ว่า “ความรู้สึกที่เป็นทุกข์ใจเพราะไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร จึงไม่กล้าทิ้งผู้ป่วยให้อยู่โดยลำพัง” (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547) จากคำกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและการใช้ชีวิตในสังคม นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า อารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) ซึ่งการที่ผู้ดูแลต้องเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิมบางครั้งรู้สึกขาดอิสระในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียดและวิตกกังวลได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นบทบาทเพิ่มเติมมักทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา (Rolland, 1994) โดยผลกระทบทางด้านร่างกายเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทตลอดเวลา ทำให้การดำเนินกิจวัตรประจำวันของตนเองบกพร่อง ขาดการพักผ่อน ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียตามมาได้ (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ใจ เครียด วิตกกังวล

(ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา (ฉวีญา พรหมบุตร, 2545) ส่วนผลกระทบทางด้านสังคมซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมได้ ลดการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง ทำให้สัมพันธภาพทางสังคมของผู้ดูแลน้อยลง และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สังคมรู้สึกหวาดกลัวต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์, 2547) ครอบครัวจึงได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่แสดงออกในสังคม เกิดเป็นตราบาปต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวถูกสังคมรังเกียจ ทำให้เกิดความเครียดกับครอบครัวได้ (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995) ทำให้สังคมห่างเหินกับครอบครัวของผู้ป่วยได้อีกด้วย นอกจากนี้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวจากการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อลดอาการรุนแรงของโรคที่มากขึ้น รวมทั้งการสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ (Doornbos, 2002; Friedrich, Lively, & Bucwalter, 1999) เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาระการดูแลสูง (รจนา ปุณ โภทก, 2550) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี มักมีปัญหาสุขภาพจิต และมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชได้ (ฉวีญา พรหมบุตร, 2545)

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรับรู้ถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยซึ่ง Montgomery, Gonyea & Hooyman (1985) แบ่งภาระการดูแลไว้เป็น 2 ด้าน คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระงานที่จำเป็นต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และในขณะเดียวกันต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง อันเป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลาย ๆ ด้าน ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีปัจจัยหลากหลาย เข้ามาเกี่ยวข้อง การทำความเข้าใจกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้สามารถส่งเสริมหรือลดภาระการดูแลในผู้ดูแลได้ ซึ่งปัจจุบันมีแนวคิดที่หลากหลาย ที่อธิบายการเกิดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ซึ่งรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model) (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) เป็นอีกแนวคิดหนึ่ง ที่นำมาใช้ในการอธิบายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างเฉพาะเจาะจง

รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model) (Pearlin et al., 1990) กล่าวว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลเป็นผลลัพธ์ของความเครียดของผู้ดูแลที่มีความรุนแรง และทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น ซึมเศร้า โดยภาวะการดูแลของผู้ดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานซึ่งเกิดจากการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressors) ตัวแปรคั่นกลางของความเครียด (Mediators) และผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or manifestations of stress) ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ประการจะสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตร การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคมตามมา โดยในส่วนของภาวะสุขภาพ ลักษณะสังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิตทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ทักษะต่อการดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจมีสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิเข้ามากระทบ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหา สิ่งช่วยบรรเทาความเครียด เช่น การสนับสนุนทางสังคมและทักษะการเผชิญปัญหา องค์ประกอบเหล่านี้ถือเป็นตัวแปรคั่นกลางของความเครียด จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพล ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้ ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลผู้ป่วย อาจมีระยะเวลาเป็นวัน เดือน หรือปี ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแล โดยการดูแลที่ยาวนานอาจเพิ่มประสบการณ์และทักษะของผู้ดูแล ทำให้ไม่รับรู้ว่าเป็นความยากลำบาก หรือส่งผลต่อการดำเนินบทบาทต่าง ๆ ในครอบครัว ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ หรืออาการไม่รุนแรง (ขนาน หัสศิริ และคณะ, 2537) ในอีกแง่มุมหนึ่งพบว่า การดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เกิดความเครียดได้ (Bull, 1990) โดยรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) กล่าวว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียดซึ่งระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยนั้นจะมีปฏิสัมพันธ์กันกับองค์ประกอบอื่น ๆ ได้ ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความเครียด โดยอาจมีหรือไม่มีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การมีสิ่งก่อกวนความเครียดมากระตุ้นร่วมด้วยหรือการมีสิ่งก่อกวนความเครียดและมีความตึงเครียดภายในจิตใจของผู้ดูแลมาร่วมกระตุ้นให้เกิดความเครียด โดยผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะรู้สึกเหนื่อยล้า

เมื่อหน้าหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ และเกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล หรือเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ ได้ ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 5 ปี มักมีปัญหาทางสุขภาพจิต (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง (Orem, 1995; Doombos, 2002) ดังนั้นระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นความรู้สึก ความคิดหรือความเชื่อของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะส่งผลต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคลแสดงให้เห็นว่าทัศนคติที่ดีจะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ และลดการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล (รัชณี ไพรสวรรค์, 2551) ซึ่งรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) กล่าวว่า ทัศนคติต่อการดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานภายในตัวของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในอาการหรืออาการแสดงของผู้ป่วย มีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลและรับรู้ว่าการดูแลนั้นไม่ใช่สิ่งยากลำบากส่งผลให้ไม่มีการรับรู้ภาระการดูแล แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดีทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เกิดปัญหาสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลตามมาส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระการดูแลสูงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (อรรพรรณ วรรณชาติ, 2550) และพบว่า การมีทัศนคติที่ดียังสามารถเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อีกด้วย และจะทำให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลงด้วย (พรทิพย์ โภธิครูประเสริฐ, 2539) และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลโดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลางและระดับสูงมีโอกาทำให้ผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 1 ปี ($r = .032$ และ $r = .035$) (รัชณี ไพรสวรรค์, 2551) จากที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะมีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการกระทำและการปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงออกมาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย การสร้างบรรยากาศความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย (ภัทรารักษ์ ทุ่งปั่นคำ และคณะ, 2551) โดยมีผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง และสามารถดูแลตนเองได้

ทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง (ดารา การเกษร, 2545) จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยถ้าผู้ดูแลมีทักษะหรือการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม ก็จะบริหารจัดการกับสภาพการณ์หรือความเจ็บป่วยนั้นได้ก็จะไม่เกิดความกดดันหรือเบื่อหน่ายและไม่รู้สึกเป็นภาระ ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสม และไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคหรือเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ก็จะมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องยาก เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดและเกิดการรับรู้ภาระการดูแลได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งเป็น โปรแกรมที่เสริมสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรม (จิราพร รักการ, 2549) ดังนั้นอาจสามารถกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการดูแลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวและสังคมเมื่อเกิดปัญหาหรือความยุ่งยาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ การให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้และสามารถจัดการกับปัญหาที่มีอยู่ได้ดีขึ้น (ไพลิน ปรัชญกุลต์, 2548) การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคมในการช่วยเหลือกันในรูปแบบต่าง ๆ ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ซึ่งช่วยเหลือประคับประคองกัน (สิรินภา นันทพงษ์, 2542) ที่ส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวได้เพิ่มขึ้น ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะสามารถช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตที่ดี (Clinton, Lunney, Edwards, Weir & Barr, 1998) สอดคล้องกับรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่าง สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดและความรู้สึกเครียด โดยถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดี ก็จะรู้สึกว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้และมีความตึงเครียดลดลง ไม่เกิดภาระการดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลอื่นก่อให้เกิดความไว้วางใจ รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือทำให้เกิดกำลังใจจะต่อสู้ปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้นได้ ในการเกิดการสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นแหล่งสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป (Loukissa, 1995) ทำให้การรับรู้การดูแลตนเองลดลง (ปาณิสรา เกษมสุข, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.378, p < .01$) (ทีปประพิน สุขเจียว, 2543) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพล ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญ ถ้าผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระการดูแลที่น้อยจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและส่งเสริมการพยาบาลที่ช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการวิจัย

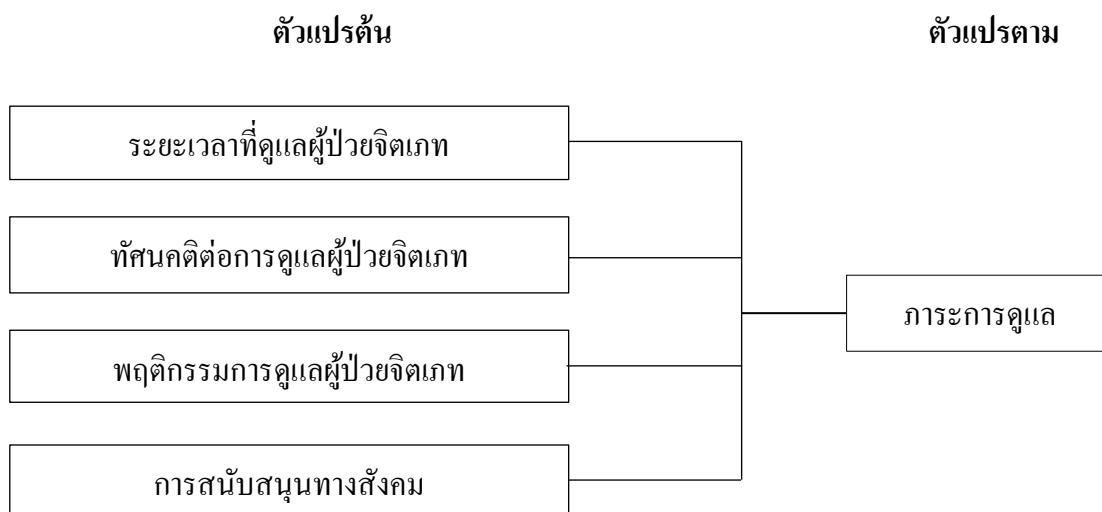
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยซึ่งผลกระทบที่เกิดจากการดูแลนั้นจะส่งผลต่อตัวผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสถานะและความสัมพันธ์ในครอบครัว รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ (ปาณิสรา เกษมสุข, 2551) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบ

กระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model) (Pearlin et al., 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) กล่าวว่า ภาวะการดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความเครียดของผู้ดูแล โดยมีลักษณะเป็นพลวัตรที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน ขององค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables) สิ่งที่เกิดจากความเครียด (Stressors) ตัวแปรคั่นกลางของความเครียด (Mediators) และผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or manifestations of stress) ซึ่งระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ที่สนใจศึกษาต่อการดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจมีสิ่งที่เกิดจากความเครียดเข้ามากระทบทั้งระดับปฐมภูมิ ได้แก่ อาการของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระดับทุติยภูมิ ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดหรือกดดัน ผู้ดูแลต้องแสวงหาองค์ประกอบที่ช่วยบรรเทาความเครียด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมหรือทักษะการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งถือเป็นตัวแปรคั่นกลางในการลดความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดจากความเครียดและทำให้ผู้ดูแลไม่มีการรับรู้ภาระการดูแล

จากแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model) (Pearlin et al., 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีสมมติฐานว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานร่วมกับมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เหมาะสมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะก่อให้เกิดภาระการดูแลระดับสูง ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ และได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and statistical manual of mental disorders-V [DSM-V]) ว่าเป็นโรคจิตเภทโดยมีอาการหลงผิด หูแว่ว

ประสาทหลอน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) (Montgomery et al., 1985) ประเมินจากแบบวัดภาระของ Montgomery et al. (1985) แปลเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544)

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ดูแลเริ่มการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยคิดเป็นจำนวนปี

ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความคิด ความรู้ ความรู้สึกและพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีได้ทั้งทัศนคติด้านบวก คือ ความเข้าใจ เห็นใจ การยอมรับ และความรู้สึกสงสาร ซึ่งจะแสดงออกด้วยการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และทัศนคติด้านลบ คือ การไม่ยอมรับ การไม่เข้าใจ การรังเกียจ ความรู้สึกอับอาย ซึ่งจะแสดงออกด้วยการปล่อยปละละเลยไม่สนใจผู้ป่วยจิตเภท (รัชณี ไพธสวัสดิ์, 2551) ประเมินจากแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ รัชณี ไพธสวัสดิ์ (2551)

พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ลักษณะของการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ดูแล เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย การสร้างบรรยากาศ ความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย (ดารา การะเกสร, 2545) ประเมินจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ดารา การะเกสร (2545)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวและสังคมเมื่อเกิดปัญหาหรือความยุ่งยาก แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ การได้รับความรักความผูกพัน การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง การได้ช่วยเหลือผู้อื่น ประโยชน์ต่อบุคคลอื่น การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Weinert, 2000) ประเมินจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลของ Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทธาภรณ์ ทุ่งปั่นคำ และประภาศรี ทุ่งมีผล (ประภาศรี ทุ่งมีผล, 2548)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยในลักษณะของรูปแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าความรู้ได้จากตำรา วารสาร เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท คือ บุคคลที่มีอาการผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้เป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมออกมา โดยที่ระดับความรู้สึกตัวและระดับสติปัญญายังคงเป็นปกติ โดยที่อาการดังกล่าวจะแสดงให้เห็นชัดเจนเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน (World Health Organization [WHO], 2006) ผู้ป่วยจิตเภทจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น โดยเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ทุกเชื้อชาติ วัฒนธรรมหรือสิ่งแวดล้อมเท่า ๆ กัน โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคคิดเป็นร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557) จากการสำรวจของ WHO ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าจากจำนวนประชากรทั่วโลกประมาณ 7,125 พันล้านคนทั่วโลก พบผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2013) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคที่สมองเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่การคิด การพูด อารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม ความสามารถในการรับรู้ความจริง โดย Emil Kraepelin ได้สังเกตและพบว่า เป็นพฤติกรรมผิดปกติชนิดหนึ่งที่รักษาไม่หายมีแต่เสื่อมลง และต่อมา Eugen Bleuler ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554) พบว่า เป็นกลุ่มของความเจ็บป่วย อาการแสดงพื้นฐานของจิตเภท (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2556) อ้างอิงจาก 4A ดังนี้
1) Autism มีภาวะหมกมุ่นกับตนเอง 2) Association disturbance มีความผิดปกติด้าน

การหาความสัมพันธ์ของสิ่งสองสิ่งหรือเหตุการณ์สองเหตุการณ์ 3) Affect disturbance มีความแปรปรวนด้านอารมณ์ 4) Ambivalence มีความลังเลใจ (สุวนิชย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันซึ่งฉบับที่ใช้ล่าสุด คือ ฉบับที่ 5 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้

A. ลักษณะอาการจำเพาะ ต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการอยู่นานไม่น้อยกว่า 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาไม่ได้ผล) โดยต้องมีอาการในข้อ 1-3 รวมอย่างน้อย 1 อาการ

1. อาการหลงผิด (Delusion)
2. อาการประสาทหลอน (Hallucination)
3. อาการที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Disorganized speech)
4. อาการแสดงที่ไม่สมเหตุสมผล ไม่มีจุดมุ่งหมาย (Grossly disorganized behavior)

หรือมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง (Catatonic behavior)

5. อาการด้านลบ (Negative Symptoms)

B. ระดับความสามารถในด้านสำคัญ ๆ เช่น ด้านสังคมหรือการทำงานลดลง โดยตั้งแต่เริ่มมีการเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญ ๆ ของผู้ป่วยลดลงจากระดับเดิมก่อนการเจ็บป่วยอย่างชัดเจน และต้องมีความบกพร่องอย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป จากการบกพร่องด้านการงานหรือการเรียน การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยมีความบกพร่องเป็นระยะเวลา นานพอสมควร

C. มีอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ในข้อ A นานอย่างน้อย 1 เดือน หรือน้อยกว่านี้หากการรักษาได้ผลและอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (Prodromal symptoms) หรือมีอาการหลงเหลือ (Residual symptoms) ในระยะเริ่มต้นหรือระยะหลงเหลือ อาจมีแค่อาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A สองข้อขึ้นไป หรือมีอาการไม่รุนแรง

- D. ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บป่วยโดยไม่มีสาเหตุทางร่างกาย ยาหรือสารเสพติด

ระยะการดำเนินโรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านความคิด การเข้าสังคม การเคลื่อนไหว ในระดับเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกาย ต่างไปจากปกติ โดยเฉพาะส่วนของมือ เช่น ลักษณะของมือ นิ้วมือ หรือลายนิ้วมือ

2. ระยะอาการนำ (Prodromal phase) จะมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย้ เกียจคร้าน ไม่เข้าสังคม เก็บตัว ละเลยเรื่องสุขอนามัย หันมาสนใจในเรื่องปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนที่แปลกไป มีพฤติกรรมระแวงนิค ๆ อาจพบว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

3. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามการวินิจฉัยข้อ A ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถ ปรับตัวต่อไปได้อีก จึงแสดงอาการต่าง ๆ ของโรคออกมา

4. ระยะเรื้อรังหรืออาการหลงเหลือ (Chronic, Residual phase) ระยะนี้โรคส่วนใหญ่ จะเริ่มคงที่ทั้งในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในระยะ ยาวแล้วอาการโรคจิตจะค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น แม้อาจมีอาการด้านบวกอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อ ผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ส่วนอาการด้านลบและอาการด้านความคิดจะยังมีอยู่ในระดับคงที่ ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษา

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการหลักของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) อาการกลุ่มนี้ ประกอบด้วย Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized thinking and behavior

1.1 อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิดคิดว่าตนเอง ถูกปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) และอาการหลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูด ของคนอื่น หรือเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดรอบ ๆ ตัว มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (Delusion of reference) อาการหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (Thought broadcasting) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Bizarre delusion ซึ่งเป็น อาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกเป็นไปไม่ได้เลย

1.2 อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยในโรคจิตเภทจะเป็นหูแว่ว (Auditory hallucination) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดคุยกันเรื่องของผู้ป่วย (Voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (Voice commenting) อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง ส่วนอาการประสาทหลอนเป็นเพียงเสียงเรียกชื่อ เสียงสัตว์ เสียงเปิดปิดประตูหรืออาการประสาทหลอนที่เกิดขณะเคลิ้มหลับหรือตื่นนั้นไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย

1.3 อาการด้าน Disorganized ผู้ป่วยจะมีความคิดและการกระทำไม่อยู่กับร่องกับรอย ทำให้บางครั้งยากแก่การเข้าใจว่าผู้ป่วยทำอะไรอยู่

ในเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V อาการด้านบวกโดยเฉพาะอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน มีความสำคัญมากเนื่องจากมีความจำเพาะต่อการบ่งว่าเป็น โรคจิตสูง ส่วนอาการด้าน Disorganization ที่มีความสำคัญพอ ๆ กันกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน ได้แก่ อาการ Disorganized thinking

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) ประกอบด้วยอาการ

2.1 Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

2.2 Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา

2.3 Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนานก็เลิกทำ โดยไม่มีเหตุผลหรือนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร

2.4 Anhedonia ไม่สามารถรู้สึกมีความสุขแม้จะมีเรื่องดี ๆ เกิดขึ้น

2.5 Asociality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

อาการที่พบเด่น ๆ ในโรคจิตเภท ได้แก่ Affective flattening และ Avolition โดยอาการด้านลบสามารถพบได้ทุกระยะของการเกิดโรค แต่จะพบมากในระยะหลังของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน

3. กลุ่มอาการด้านความคิด (Cognitive symptoms) มีอาการ Cognitive dysfunction ได้แก่ สมาธิแย่งลง การตีความสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (Working memory) และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น อาการ Cognitive dysfunction เป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้ เริ่มพบได้ในระยะอาการนำ (Prodromal phase) แย่ลงขณะผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนแล้วซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม

4. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective symptoms) เป็นอาการทางด้านอารมณ์ที่พบได้บ่อย แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น อารมณ์คลั่งแบบ Mania อารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัดและเป็นไม่นานเมื่อเทียบกับอาการด้านบวก ในช่วงที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจากอาการด้านบวกแล้ว อาจพบอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น (Post-schizophrenic depression) โดยผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้าจากการตระหนักว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิต ยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกหมดหวังกับอนาคต

5. อาการอื่น ๆ อาการอื่นที่พบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติไป (Lack of insight) ทำให้ไม่ยอมรับการรักษาแม้อาการจะกำเริบหลาย ๆ ครั้งแล้วก็ตาม บางคนมีอาการ Social cognition deficit ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกว่าคนอื่นคิดอะไรต้องการอะไร บางครั้งอาจเอาเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันมาเกี่ยวข้องเป็นเรื่องราวกับอาการหลงผิดของตนเอง อาจพบ Neurological soft signs ในผู้ป่วย เช่น มีความบกพร่องของ Motor coordination, Sensory integration และ Motor sequencing ของการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน และมีความผิดปกติของ Smooth pursuit eye movement เป็นต้น

สาเหตุการเกิดโรค

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทไม่แน่ชัด มักไม่ได้เกิดจากสาเหตุเพียงสาเหตุเดียวแต่มักจะเป็นผลมาจากปัจจัยร่วมกันของปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจและสิ่งแวดล้อม (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557) ได้อธิบายสาเหตุการเกิดโรค เช่นเดียวกันว่า ปัจจัยที่เกิดโรคจิตเภท เกิดจากสาเหตุ 3 ประการ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; Kaplan & Sadock, 1998) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

1.1 ด้านพันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษพบว่า ร้อยละ 12 พบในเด็กที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 40 พบในบุตรที่ทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภทพบในพี่น้องร้อยละ 8 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรคจิตเภท อีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 50 ในขณะที่คู่แฝดคนละใบมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทด้วยร้อยละ 8 จากข้อมูลเบื้องต้นบ่งชี้ว่ายีนที่ผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมที่ 6 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.2 ด้านสารชีวเคมีในสมอง ปัจจุบันยังเป็นที่ยอมรับกันว่า สมมุติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่า โรคนี้มีความบกพร่องของโดปามีน เกิดจากการทำงานมากเกินไป

ของโดปามีน (Dopaminergic hyperactivity) โดยเฉพาะในบริเวณ Mesolimbic และ Mesocortical tract ทำให้เกิดอาการทางบวก ถ้าการทำงานของโดปามีนน้อยเกินไปจะทำให้เกิดอาการด้านลบ (Kaplan & Sadock, 1998) และปัจจุบัน มีข้อสันนิษฐานเพิ่มว่ามีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่างซีโรโทนิน (Serotonin) กับโดปามีน (Dopamine) มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง พบผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคทางสมอง เช่น เวนติเคิลโตกว่าปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายพบความผิดปกติที่เซลล์บริเวณลิมบิกและฟิลิเวนติเคิล (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ส่งผลต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภททำให้กระบวนการคิดและการรับรู้ผิดปกติได้ (Kaplan & Sadock, 1998)

1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood) และการไหลเวียนของการเผาผลาญน้ำตาล (Flow glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ส่งผลต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทเกิดพฤติกรรม การเคลื่อนไหวและอารมณ์ที่ผิดปกติ (Kaplan & Sadock, 1998)

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม (Family and social factors)

2.1 การเลี้ยงดูในบางรูปแบบหรือลักษณะบางประการของมารดาทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่เมื่อมีการศึกษาต่อมาพบว่า ไม่มีหลักฐานใดมาสนับสนุนความเชื่อนี้แต่พบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยพบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย ๆ เป็นครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed emotion) โดยอารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตมากที่สุดมี 3 อย่าง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือการเข้าไปยุ่งเกี่ยวทางด้านอารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional over involvement)

2.2 มักพบผู้ป่วยจิตเภทมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อย ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) และเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) ความขัดแย้งภายในจิตใจ การพัฒนาทางบุคลิกภาพของบุคคล ความเครียด การชอบเอาชนะ ความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี การขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง เหล่านี้เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดโรคจิตเภทได้ง่ายขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มี ปัจจัยหลาย ๆ ด้านที่กระตุ้นให้เกิดโรคจิตเภทได้ แต่ก็ยังไม่สามารถทราบถึงปัจจัยที่ชัดเจนในการทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ มีเพียงปัจจัยร่วมกันที่สันนิษฐานว่าทำให้เกิดโรคจิตเภท

การรักษา

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อควบคุมอาการทางจิต เมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้ว จะเป็นการไปรักษาตัวต่อที่บ้าน โดยการรักษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นแบบผสมผสาน วิธีการหลายอย่างร่วมกัน โดยแต่ละวิธีจะช่วยรักษาอาการและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรค ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacology treatment) เป็นที่ยอมรับกันว่าการรักษาด้วยยา ด้านโรคจิตนั้นเป็นการรักษาที่จำเป็นที่สุด ซึ่งยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ยาในกลุ่มยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drug) มีหลายลักษณะ คือ ยานีด ยารับประทาน การเลือกยาเพื่อรักษานั้นขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อยา ยาด้านอาการทางจิตแม้จะให้ผลดีด้านการรักษาอาการทางจิต แต่ก็มีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์หลายอย่าง (สุวนิชย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

การรักษาด้วยยาสามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วง

1.1 ระยะเวลาอาการทางจิตเฉียบพลัน (Acute phase) การรักษาในระยะอาการนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้อื่น โดยยาจะช่วยให้อาการหรือพฤติกรรมที่วุ่นวายดีขึ้น

1.2 ระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization phase) หลังอาการสงบ ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการต่อไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

1.3 ระยะคงสภาพการรักษา (Maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลา แต่ต้องได้รับยาต่อไปเพื่อป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) ในผู้ป่วยจิตเภทการรักษาด้วยไฟฟ้า จะทำให้ผู้ป่วยระยะเฉียบพลันมีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วยมักได้ผลดี ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูปเดิม (Catatonic) และผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอนและความคิดหลงผิด ที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การช็อกไฟฟ้าจะทำให้อาการทางจิตสงบได้เร็ว (สุวนิชย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

3. การรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาที่สำคัญ เนื่องจากการที่อาการที่เป็นของผู้ป่วย ก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) การรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยได้ถ่ายทอด

ความรู้สึกต่าง ๆ จิตใจได้รับการประทับประคอง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมได้ดีขึ้น ซึ่งการบำบัดทางจิตแบ่งได้หลายแบบ ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) กลุ่มบำบัด (Group therapy) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การจัดการสิ่งแวดล้อม (Milieu management) การบำบัดทางความคิด พฤติกรรม (Cognitive-behavior therapy) ปัญญาบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill training) การฝึกทักษะอาชีพ (Vocational rehabilitation) (เนาวรัตน์ สุขณะฉ่ำ, 2556; วาทีนิ สุขมาก, 2556; สุชาติ พหลภักษ์, 2554)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความครอบคลุมในทุกระยะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำ

ผลกระทบของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับคืนสู่ความสามารถเดิมได้แม้อาการจะสงบ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 40-60 จะมีอาการรุนแรงที่จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของบุคลิกภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทุกด้านของชีวิต และยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ ซึ่งเมื่ออาการทุเลาแล้วยังพบว่า ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์อีกด้วย เช่น ซึมเศร้า เครียด ซึ่งจะสรุปได้ว่าชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะ คือ ไม่มีเป้าหมาย ไม่ทำ การงานอยู่โรงพยาบาลบ่อย ยากจน และไม่มีที่อยู่อาศัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคจิตเภทพบว่า โรคจิตเภทนั้นมีความรุนแรง มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังต้องใช้เวลารักษานานก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม (วารุณี ทับแสง, 2554) ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตนเอง โรคจิตเภทจะมีการดำเนินโรคที่ประกอบด้วย ระยะที่โรคค่อนข้างสงบ และระยะโรคกำเริบ ถ้าโรคกลับเป็นใหม่ ผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับคืนสู่ความสามารถเดิมได้แม้โรคจะหายใหม่ก็ตาม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเมื่อภายหลังหายแล้ว ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า การเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความไวหรืออ่อนแอต่อความเครียดไปตลอดชีวิต การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้บุคลิกภาพเสื่อมอย่างช้า ๆ โดยการเสื่อมจะทรงตัวอยู่ตลอดเวลา หลัง 5 ปี อาการทางบวกจะรุนแรงลดลง แต่อาการทางลบจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะได้รับผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทุกด้านไปตลอดชีวิต

2. ผลกระทบต่อครอบครัว โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ทำให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับผลกระทบโดยตรงจากลักษณะการดำเนินโรคที่มีความรุนแรง และเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ผลจากการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตเสื่อมลงเกิดผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ ก่อให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลได้

3. ผลกระทบต่อสังคมและชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการทางจิต จะทำความเดือดร้อน โดยแสดงพฤติกรรมที่น่ารังเกียจไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อสังคมได้ กล่าวได้ว่า โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ต้องมีการดูแลรักษาไปตลอด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตที่ต้องการการดูแลในเรื่องของอารมณ์และจิตใจเป็นสำคัญด้วย ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ นั้นถือเป็นภาระที่หนักผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่วนมากจะเป็นสมาชิกในครอบครัว

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ดูแลหลักทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการจัดการต่าง ๆ และพาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษา โดยดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมีอายุมากกว่า 20 ปี มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือเป็นญาติกับผู้ป่วย และไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555) โดยคำว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือเรียกสั้น ๆ ว่า “ผู้ดูแล” มาจากภาษาอังกฤษ Carer หรือ Caregiver ตามแต่จะเรียก และมีการให้คำจำกัดความของผู้ดูแลไว้แตกต่างกัน ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติหรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเดือนค่าตอบแทนและให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ดังนั้น ผู้ดูแลอาจเป็นบิดา มารดา คู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การแสดงออกของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว ได้แก่ การดูแลขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเภท การเห็นคุณค่า ศักดิ์ศรีและความสามารถของผู้ป่วย ญาติเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วย เพื่อการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว สมาชิกครอบครัวต้องรับรู้หน้าที่ และให้ความช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงและไม่เกิดเป็นภาระแก่ครอบครัว

ประเภทของผู้ดูแล

ผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2555) ดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Main carers/ Caregiver หรือ Primary caregiver) คือ บุคคลที่ผู้ป่วยระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วยหรืออาจเป็นผู้ที่ให้ความในการดูแล

คิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุดหรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ดูแล (Self-identified) ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งผู้ดูแลหลักจะเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูง

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary carer/ Caregiver) คือ บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เป็นต้น การช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราวหรือมีระยะเวลาเป็นจำนวนชั่วโมงในการดูแล ช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

โรคจิตเภทจะส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนสังคม โดยรวมเนื่องจากเมื่อป่วยแล้วมักจะดำเนินไปเป็นอาการเรื้อรัง เป็นเหตุให้เกิดความเสื่อมตามมา ผู้ป่วยจึงมีความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม การเรียน และการทำงาน รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนสมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา การช่วยเหลือสนับสนุนทางการเงิน ดูแลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยา และนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องในชุมชน โดยผู้ดูแลจะเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ โดยมีความสัมพันธ์ต่อกันในรูปแบบของครอบครัว

หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่รุนแรงและเรื้อรัง อาการจะค่อยเป็นค่อยไปทำให้สังเกตเห็นได้ยากและมีการกำเริบซ้ำได้บ่อย ๆ บุคลิกภาพของผู้ป่วยจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์, 2558) และการรักษาในปัจจุบันมีแนวการรักษาที่ให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับบ้านให้เร็วที่สุด โดยให้อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลหรือครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2550) หน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการประคับประคองผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติให้นานที่สุด

จากการศึกษาวิจัยของ ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ (2551) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม สามารถแบ่งหน้าที่การดูแลของผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยในเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำไม่ได้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากความบกพร่องทางความคิดและการตัดสินใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง กิจวัตรที่ควรให้ความช่วยเหลือมีดังนี้

1.1 การรักษาความสะอาดร่างกาย ผู้ดูแลช่วยเหลือในส่วนของการกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ในการทำมาสะอาดร่างกาย (รัชนิกร อุปเสน, 2541) และให้การช่วงเหลือผู้ป่วยในช่วงที่มีอาการหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และการแต่งกาย เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ทำให้แต่งกายไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้ดูแลจึงช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการแต่งตัวและความสะอาดของเสื้อผ้า (ภัทรภรณ์ ทุงปิ่นคำ และคณะ, 2551)

1.2 การรับประทานอาหาร ผู้ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบทั้ง 3 มื้อ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารบ่อยขึ้นหรือจัดหาอาหาร ขนม ผลไม้ ระหว่างมื้อให้และในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานมากเกินไป ควรลดอาหารที่มีแป้งและไขมันมากเกินไปอาหารที่มีกากใยสูงแทน (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545)

1.3 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลช่วยจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวนการนอน และให้ผู้ป่วยพักผ่อนตอนกลางคืน 6 ถึง 8 ชั่วโมง และตอนกลางวัน ครึ่งถึง 1 ชั่วโมง (ภัทรภรณ์ ทุงปิ่นคำ และคณะ, 2551) ถ้าผู้ดูแลสังเกตพบผู้ป่วยนอนไม่หลับติดต่อกันหลายวัน ควรหาสาเหตุและพาผู้ป่วยไปรับการรักษาเพิ่มเติม

1.4 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลช่วยเหลือด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (ภัทรภรณ์ ทุงปิ่นคำ และคณะ, 2551)

1.5 การสื่อสาร ผู้ดูแลหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่เพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วย แต่แสดงความคิด ความรู้สึก ความต้องการออกมาอย่างเปิดเผยและชัดเจน ควรพูดสั้น ๆ ได้ใจความ ไม่พูดเน้นรายละเอียดที่ไม่จำเป็น (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545)

1.6 การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ การเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมทางจิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความเครียดทางใจได้น้อย และเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดมากจะส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545)

2. การจัดการกับอาการของโรค ผู้ป่วยจะมีอาการที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการของผู้ป่วย และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ (ภัทรภรณ์ ทุงปิ่นคำ และคณะ, 2551) ดังนี้

2.1 อาการทางจิต ผู้ดูแลจะสังเกตอาการเตือนที่ผู้ป่วยมีเมื่อมีอาการกำเริบ โดยผู้ดูแลควรแสดงท่าทีที่สงบ ไม่ได้แข็ง ไม่ตำหนิ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ผู้ดูแลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

2.2 อาการก้าวร้าว ผู้ดูแลอาจขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และเก็บของมีคมเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว อะอะอะอะ และคอยดูแลไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย

2.3 การทำร้ายตนเอง ผู้ดูแลควรใช้การพูดคุยด้วยเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่สงบ

3. การรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งการรักษาด้วยยามีความสำคัญ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาต่อแม้มีอาการทุเลาลงแล้ว ซึ่งการรับประทานยาต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่ยอมรับประทานยาได้ ผู้ดูแลควรช่วยกระตุ้นเตือน หรือจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทานให้เป็นไปตามแผนการรักษา (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545)

การที่ผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ โดยไม่มีอาการกำเริบ ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและลดการเกิดผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลได้

ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับผลกระทบจากความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมแปลกของผู้ป่วยและมีความรู้สึกว่าการต้องดูแลผู้ป่วยเป็นการรบกวนการใช้ชีวิตในสังคม รวมทั้งชีวิตส่วนตัว นอกจากนี้อารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ยังมีส่วนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้ขาดการพักผ่อนและออกกำลังกาย มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลงความสัมพันธ์ในหมู่ญาติพี่น้องห่างเหินไป การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) ในส่วนของผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องพบกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และความคิด ซึ่งปัญหาเหล่านั้นจะส่งผลกระทบต่อตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเองอีกด้วยเนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทุก ๆ ด้าน และใช้เวลาเกือบตลอด 24 ชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงเกิดผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผลกระทบที่ได้รับ (ปานิสรา เกษมสุข, 2551) แบ่งออกเป็น 4 ด้านด้วยกัน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Impact) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง ทำให้ต้องได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่ใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้พอ (นงลักษณ์ วรรักษานันท์, 2546) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลสภาพความเป็นอยู่ เช่น สภาพที่พักอาศัย การดูแลด้านอาหาร การดูแลการเดินทาง ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา (Jones, 1996) ทำให้ผู้ดูแลขาดการพักผ่อนเพราะต้องดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดอ่อนล้า เพลีย รับประทานอาหารได้ลดลง นอนไม่หลับ มีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมจากการต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเวลาที่ยาวนาน ทำให้ปรากฏลักษณะความเครียดทางด้านร่างกาย (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) จากการศึกษาของ รัชณี อุปเสน (2541) ที่ได้ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อย อ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บ จากการถูกผู้ป่วยทำร้าย เช่นเดียวกัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological impact) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยต่อผู้ป่วย จะส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวลักษณ์, 2547) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่แน่นอนในอาการของผู้ป่วยซึ่งจากความไม่แน่นอนทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด กังวล ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ และเมื่อมีความกระทบกระเทือนทางจิตใจเป็นเวลานาน ๆ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ตามมาได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความเครียดสูงจะเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครศมีหิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หาล้า, 2544) โดยพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ทำร้ายคนอื่น ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวลและกลัวได้ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหลายปี ทำให้ผู้ดูแล เกิดเบื่อหน่าย ที่ต้องรับผิดชอบ และท้อแท้ หมดหวังที่จะเห็นผู้ป่วยหายเป็นปกติ (ถวิล นภาพงศ์สุริยา, ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิราช, และเพลิน เลียงโชคอยู่, 2543) และเนื่องจากมาจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ไม่มีทางรักษาหาย ทำให้ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางจิตใจ ในเรื่องอาการทางจิตที่จะไม่หาย กลัวไม่มีใครดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลตายไป และกังวลว่า จะต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดไป (พหล วงศ์สาโรจน์, 2541)

3. ด้านเศรษฐกิจ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในส่วนของค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่จำเป็น ในระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง รวมทั้งการต้องสูญเสียทรัพย์สิน บุคคลในครอบครัวในการประกอบอาชีพ ที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบต่อการทำงาน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจการเงิน (Chou, LaMontagne, & Hepworth, 1999; Reinhard, 1994) เนื่องจากเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและสูญเสียจากการต้องจัดหาสมาชิกในครอบครัวมาดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นภาระที่หนักและยุ่งยากสำหรับผู้ดูแลที่มีฐานะปานกลางหรือฐานะต่ำ (รัชณีกร อุปเสน, 2541)

4. ด้านสังคม (Social relationship impact) จากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการผิดปกติของผู้ป่วย ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลขาดการพักผ่อน การออกกำลังกาย งดหรือลดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว (Barnes et al., 1981; Chou et al., 1999) มีเวลาอยู่ร่วมกับครอบครัวน้อยลง รวมถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความก้าวร้าว ความไม่เป็นมิตรทำให้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสังคมทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพิงผู้ดูแล ก่อให้เกิดปัญหาการวางตัวในสังคมของผู้ดูแลได้ (Loukissa, 1995)

จากผลกระทบบดังกล่าวพบว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ซึ่งผลกระทบที่มากและเป็นระยะเวลาที่ยาวนานนั้น จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ภาวะการดูแลได้

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาระการดูแลของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยอธิบายในเชิงผลกระทบที่เกิดจากการดูแล (Montgomery et al., 1985) แบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระงานที่จำเป็นจะต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและในขณะเดียวกันต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง อันเป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลาย ๆ ด้าน ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย เช่น ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรม มีความยากลำบากที่เกิดจากงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ทัศนคติ ความเครียด ความกังวล ซึมเศร้า (ปาณิสรา เกษมสุข, 2551) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการดำเนินชีวิตปกติทั้งการดูแลสุขอนามัย การเข้าสังคม การดูแลในเรื่องอาการที่ยังหลงเหลืออยู่ของโรค การจัดการกับอารมณ์ของตัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทการบริหารยาและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา (จีระพรรณ สุริยงค์,

2550) จากที่กล่าวมาพบว่า เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้จะทำให้ผู้ป่วยมีอากรทุเลา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้ ซึ่งการช่วยเหลือที่เพิ่มขึ้นนั้นทำให้ผู้ดูแลเกิดเป็นภาระได้ จากการศึกษาภาระของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลเกิดภาระการดูแลเชิงรูปธรรม คือ การพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเศรษฐกิจ และภาระการดูแลเชิงนามธรรม พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รัชนิกร อุปเสน, 2544) และปฏิภริยาระหว่างความอ่อนแอและความเครียดที่เป็นพื้นฐานอารมณ์จะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระได้ (Vitaliano, Russo, Young, Teri, & Maiuro, 1991)

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะส่งผลกระทบต่อหรือก่อให้เกิดปัญหาแก่ครอบครัวได้ในเรื่องการประกอบอาชีพ โดยผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนมากในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากกว่างานประจำที่เคยทำ ความไม่สะดวก และยากลำบากในการแสดงบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย การขาดความรู้ ความชำนาญในการดูแลมีผลต่อการดูแลด้วย ซึ่งภาระการดูแลของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่แสดงถึงปัญหา ความยุ่งยากหรือเหตุการณ์ที่สร้างความลำบากแก่ผู้ดูแล (Platt, 1985) เป็นความตึงเครียดทางอารมณ์ และความยุ่งยากทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (Noh & Turner, 1987) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังถูกผู้ป่วยรบกวนในการทำกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน ตลอดจนการถูกรบกวนในการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตของสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ รวมถึงตัวผู้ดูแลเองด้วย (Oberst, Hughes, Chang, & McCubbin, 1991) นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระกับผู้ดูแลได้ โดยผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ขาดความสนใจในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและพบว่าผู้ดูแลขาดความใส่ใจหรือความเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดได้ (Minister of Supply and Services Canada, 1991)

ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้สนใจที่จะศึกษาในส่วนของปัจจัยที่จะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดีจะสามารถส่งเสริมในปัจจัยเหล่านั้น เพื่อช่วยลดภาระการดูแลได้ซึ่งปัจจุบันมีแนวคิดที่หลากหลายในการอธิบายภาระการดูแลหรือปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลซึ่งแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจในการเกิดความคิด หรือภาระการดูแลหรือปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างกว้างขวาง

รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model)

รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นมาเพื่ออธิบายกระบวนการเกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่ง Pearlin et al. (1990) กล่าวว่า กระบวนการเกิดความเครียดของผู้ดูแลมีลักษณะเป็นพลวัตร ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยแรก เป็นปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables) ปัจจัยที่สอง เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressors) ปัจจัยที่สามตัวแปรคั่นกลางของความเครียด (Mediators) และปัจจัยสุดท้าย ผลลัพธ์หรือการแสดงออกของความเครียด (Outcomes or manifestations of stress) ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ด้านนี้จะสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัตร และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด (Background and contextual variables) เป็นข้อมูลพื้นฐานโดยทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะของครอบครัวและเครือข่าย ลักษณะทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะความเป็นอยู่โดยทั่วไป และแหล่งประโยชน์ทางด้านต่าง ๆ ของครอบครัว เป็นต้น

2. สิ่งที่เกิดความเครียด (Stressors) แบ่งตามลักษณะของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็น 2 ระดับ ได้แก่

2.1 สิ่งที่เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิ (Primary stressors) หมายถึง สิ่งที่เกิดความเครียดของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายในตนเอง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ ตัวบ่งชี้ทางด้านอัตนัย (Objective indicators) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล การสูญเสียการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ระดับของความรุนแรงของโรค ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสมอง ความคิด การทำหน้าที่ และพฤติกรรม ภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการดูแล ส่วนตัวบ่งชี้ทางด้านปรนัย (Subjective indicators) ได้แก่ ภาระการดูแลที่หนักอึ้งหรือการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การมีคนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะกดดันหรือผลักดันให้ผู้ดูแลเกิดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับทุติยภูมิ (Secondary stressors)

2.2 สิ่งที่เกิดความเครียดระดับทุติยภูมิ (Secondary stressors) ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอื่น ๆ ที่เป็นผลมาจากความรู้สึกกดดันที่เป็นผลมาจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความตึงเครียดในบทบาท (Role strains) ส่วนใหญ่มาจากความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือความพยายามที่จะรักษาสมดุล

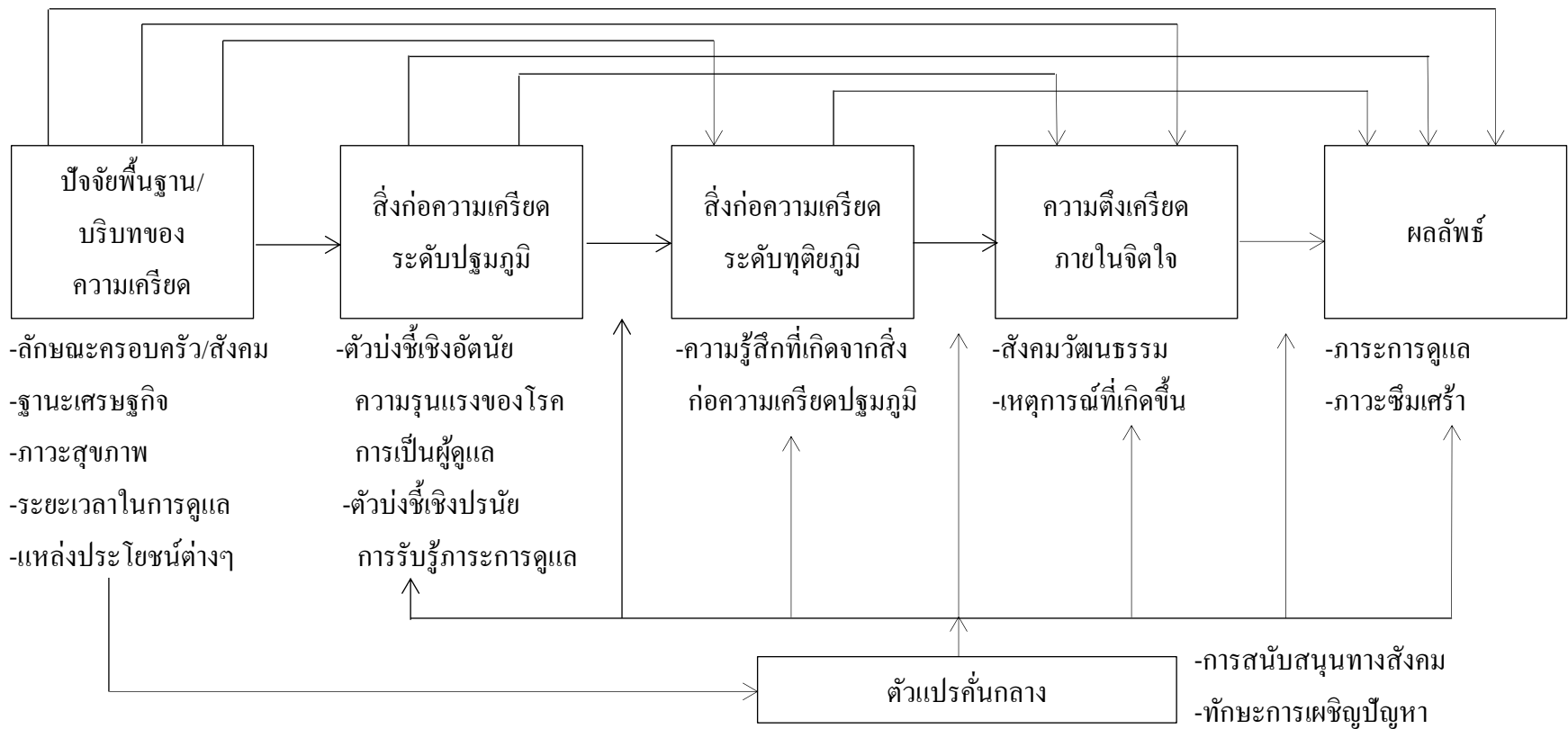
ระหว่างการประกอบอาชีพกับภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และความตึงเครียดภายในจิตใจ (Intrapsychic strains) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง การสูญเสียความเป็นตัวเอง และความสามารถในการทำบทบาทของตนเอง เป็นต้น ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีลักษณะของสภาพจิตใจที่เข้มแข็งก็จะมีความรู้สึกกดดันหรือตึงเครียดภายในจิตใจที่ลดลง

3. ตัวแปรคั่นกลาง (Mediators) ได้แก่ ทักษะการเผชิญกับปัญหา (Coping skills) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลางในกระบวนการเกิดความเครียดและมีหลากหลายระดับ โดยถ้าผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญปัญหาหรือการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะช่วยทำให้ประสบการณ์ความเครียดนั้นลดลง แต่ถ้าผู้ดูแลขาดทักษะในการเผชิญปัญหาหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมก็จะทำให้กระบวนการเกิดความเครียดนั้นรุนแรงมากยิ่งขึ้น

4. ผลลัพธ์หรือการแสดงผลของความเครียด (Outcomes or Manifestations of stress) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเกิดความเครียดในผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่มักแสดงออกในรูปของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การรับรู้การดูแล เป็นต้น หรือบางครั้งอาจนำไปสู่การเกิดโรคทางกายอื่น ๆ

จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลมากหรือน้อย ประเมินได้จากการที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีภาระการดูแลเป็นผลลัพธ์จากการดูแลซึ่งรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทิศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะก่อให้เกิดสามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ โดยอาจมีหรือไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดก็ได้ ซึ่งสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เมื่อมากระตุ้นให้เกิดความเครียดที่มากขึ้น โดยสิ่งที่ก่อความเครียดสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ปัจจัยภายในตัวผู้ดูแลเอง ซึ่งตัวบ่งชี้สามารถแยกออกเป็น 2 ด้าน คือ ตัวบ่งชี้ด้านอัตนัย เป็นผลมาจากการสูญเสียการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจากอาการทางจิตหรือผลกระทบจากโรคจิตเภทที่เกิดทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการดูแล ส่วนตัวบ่งชี้ด้านปรนัยเป็นผลมาจากการที่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพียงลำพังภาระการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับทุติยภูมิเป็นผลต่อเนื่องมาจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิ เกิดเป็นความตึงเครียด ซึ่งความตึงเครียดสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วนด้วยกัน คือ ความตึงเครียดในบทบาท จากการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือการดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ดูแลและความตึงเครียดภายในจิตใจ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจของผู้ดูแล เช่น

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการทำบทบาทของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทั้ง 2 ระดับแล้ว ความตึงเครียดภายในจิตใจของผู้ดูแลจากสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี หรือจากเหตุการณ์ สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ แต่ถ้าผู้ดูแลมีสิ่งที่จะช่วยลดความรุนแรงจากความเครียด เช่น การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการเผชิญปัญหา ซึ่งสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้ จะช่วยลดความรุนแรงของปัญหาหรือความเครียดลงได้ ส่งผลต่อความรุนแรงของการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังที่กล่าวมามีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันเป็นพลวัตร ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model) (Pearlin et al., 1990)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะการดูแล ซึ่งรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกเหมือนติดกับดักวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง (Doombos, 2002) ซึ่งระยะเวลาที่ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแล ผู้ดูแลหลายคนมีสุขภาพแย่ลง มีปัญหาการนอน และระบบทางเดินอาหาร จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน (Rolland, 1994) จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) พบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลอยู่ในปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียดเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลได้ โดยมีหรือไม่มีสิ่งก่อให้เกิดความเครียดหรือความตึงเครียดในจิตใจได้ แต่ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีสิ่งก่อให้เกิดความเครียดหรือความตึงเครียดในจิตใจกระตุ้นทำให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลาดูแลกันมากกว่า 5 ปี มักพบปัญหาสุขภาพจิต (ฉวีญา พรหมบุตร, 2545) ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะการดูแล

2. ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย และแนวโน้มในการแสดงออกของผู้ดูแลต่อการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำและให้การสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านความเป็นอยู่ ด้านสังคม อารมณ์ จิตใจและด้านเศรษฐกิจ (พรทิพย์ โปธิครุประเสริฐ, 2539) ซึ่งอาจแสดงออกได้ 2 ด้าน คือ

2.1 ทักษะคิดที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจะแสดงออกในลักษณะของความพึงพอใจ เห็นใจ สนใจ ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ทักษะคิดที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงออกในลักษณะของความไม่พอใจ รังเกียจ ไม่สนใจ ไม่ดูแลเอาใจใส่ ว่ากล่าว ลงโทษ ไม่ยอมรับและไม่เห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) พบว่า ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียดเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีหรือไม่ดี ส่งผลให้เกิดการรับรู้การดูแลได้ โดยมีหรือไม่มีสิ่งก่อให้เกิดความเครียดหรือความตึงเครียดในจิตใจได้ แต่ผู้ดูแลที่มีทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ดีเมื่อมีสิ่งก่อให้เกิดความเครียดหรือความตึงเครียดในจิตใจมากระตุ้นทำให้เกิดการรับรู้การดูแลได้และในระดับความรุนแรงของการรับรู้การดูแลนั้น ตัวแปรคั่นกลางระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความตึงเครียดในใจ สามารถช่วยลดหรือบรรเทาความรุนแรงของการรับรู้การดูแลได้ ถ้ามีตัวแปรคั่นกลางสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่มีทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดี มีความคิด ความเชื่อที่ผิด ส่งผลให้ผู้ดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (พรทิพย์ โภธิครูประเสริฐ, 2539) และพบว่า ปัจจัยด้านทักษะคิดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ต่างกัน จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวได้ โดยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำที่ต่างกัน โดยทักษะคิดของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสูง จะทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทลดการเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี ($r = .032$ และ $r = .035$) (รัชณี ไพรสวัสดิ์, 2551) ดังนั้น ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการกระทำและการปฏิบัติบ่อย ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในเรื่องของการดูแลทางร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ด้าน (ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ, 2551) ได้แก่

3.1 การดูแลในเรื่องการดำเนินชีวิตปกติร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกรังเรียนหรือการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น

3.2 การดูแลเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากภาวะโรค การจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอารมณ์ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยจิตเภททำร้ายตนเอง

3.3 การดูแลจัดการการบริหารยา การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทยอมให้ความร่วมมือในการรักษา การปรับเปลี่ยนยา

จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลจัดเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลได้ โดยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งก่อให้เกิดความเครียด โดยมีหรือไม่มี ความตึงเครียดในจิตใจมากระตุ้น ร่วมกับการมีปัจจัยพื้นฐานหรือบริบทของความเครียดจะก่อให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแลได้และระดับความรุนแรงของการรับรู้ภาวะการดูแลนั้น ตัวแปรคั่นกลางระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความตึงเครียดในใจ สามารถช่วยลดหรือบรรเทาความรุนแรงของการรับรู้ภาวะการดูแลได้ ถ้ามีตัวแปรคั่นกลางสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งเน้นเรื่องการใช้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 30 คน ได้รับ โปรแกรมมีภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม (จิราพร รักการ, 2549) ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลมีผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่รับรู้ของบุคคลถึงความช่วยเหลือจากสังคม เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและสังคม เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมซึ่งการสนับสนุนทางสังคม จัดเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลในการบรรเทาความทุกข์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเภทของการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert (2000) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ

4.1 ด้านความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) คือ การทำให้รู้สึกปลอดภัย มั่นคง อบอุ่น ช่วยให้ไม่เกิดความอ้างว้าง โดดเดี่ยว ความสัมพันธ์นี้มักพบในกลุ่มสมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท

4.2 ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) คือ การที่บุคคลมีเป้าหมาย มีการผูกมิตรกับผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ ความคิดเห็น ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีคุณค่า ซึ่งถ้าขาดด้านนี้ไปจะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และเบียดเบียนต่อการดำรงชีวิต

4.3 ด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ให้ผู้อื่น (Opportunity of nurturance) คือ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่นให้มีความสุข ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าเป็นที่ต้องการหรือเป็นที่พึ่งพาและช่วยเหลือผู้อื่นได้ ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้ไป จะพบว่าบุคคลจะเกิดความรู้สึกไร้ค่า

4.4 ด้านการได้รับรู้ว่าตนมีคุณค่า (Reassurance of worth) คือ การเป็นที่เคารพยกย่องชื่นชม แสดงบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นหรือรู้สึกไร้ประโยชน์

4.5 ด้านการได้รับการช่วยเหลือและแนะนำด้านต่าง ๆ คือ การได้รับการช่วยเหลือชี้แนะในด้านต่าง ๆ ที่ช่วยในการการแก้ไขปัญหา การได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน วัตถุประสงค์ของหรือแรงงาน ซึ่งถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้ไปจะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นตัวแปรขั้นกลาง ที่อยู่ระหว่างสิ่งก่อให้เกิดความเครียดตามทฤษฎีกับความตึงเครียดในใจ ซึ่งตัวแปรขั้นกลางมีผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล โดยเมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีสิ่งก่อให้เกิดความเครียดมากระตุ้นส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ แต่ถ้าผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีทักษะการแก้ปัญหาสูง ทำให้ความรุนแรงของภาระการดูแลของผู้ดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีตัวแปรขั้นกลางน้อยหรือไม่มีเลย ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวต่อความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตได้ ด้วยการบรรเทาปัญหาลดความรุนแรงของปัญหาได้ ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ รวมถึงการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สิ่งของ การเงินเพื่อให้เกิดความสะดวกสบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งตัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นยังมีภาระอื่น ๆ อีกนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ดาราร ภาระเกษร, 2545)

จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทมีได้หลากหลายทั้งในด้านของปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิหรือการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยขั้นกลางที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ภาระการดูแลน้อยลง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2559 โดยคลินิกจิตเวชเปิดให้บริการในวันราชการทุกวันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่ 8.00 น.-12.00 น.

กลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลัก มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติโดยตรงของผู้ป่วยจิตเภท เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา หลาน หรือญาติที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยจิตเภท โดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วยและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือนขึ้นไป ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในแต่ละวัน โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดจากสูตรของ Thorndike (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ดังนี้

$$\begin{array}{lcl} \text{สูตรของ Thorndike} & n & \geq 10(k) + 50 \\ & n & \text{คือ} \quad \text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} \end{array}$$

k คือ จำนวนตัวแปรต้น

จำนวนตัวแปรต้นที่จะศึกษามีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แรงสนับสนุนทางสังคม แทนค่าตามสูตร ดังนี้

$$n \geq 10 (4) + 50$$

$$n \geq 90$$

จากสูตรจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาควรมีอย่างน้อย 90 ราย ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดกรองกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอกพร้อมกับเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ทราบรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามกำหนด คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งคลินิกจิตเวชได้เปิดทำการทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00 น.-12.00 น. ในวันราชการ
2. โดยผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเก็บได้ในแต่ละวัน ไม่เกิน 3 ราย โดยผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจัดเรียงลำดับกลุ่มตัวอย่างตามเวลาการเข้ารับบริการก่อนหลังและนำมาจัดทำสลากเป็นตัวเลขตามลำดับจากน้อยไปมากตามเวลาเข้ารับบริการ แล้วนำสลากที่ได้มาจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ให้ได้จำนวนไม่เกิน 3 ราย และถ้ากลุ่มตัวอย่างรายใดไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการสุ่มด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ใหม่จนเก็บข้อมูลครบ 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามชนิดเลือกตอบเอง (Self report questionnaire) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามของข้อมูลส่วนบุคคล 2 ส่วน ได้แก่
 - 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยจิตเภท

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) โดยใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ลักษณะคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ภาวะตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ แบ่งออกเป็น ภาวะเชิงปรนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิตประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 12 ข้อ และภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางด้านอารมณ์และทัศนคติประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ 12 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

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

คะแนนที่ได้จะนำมาพิจารณาโดยแยกเป็น ภาวะเชิงปรนัย ภาวะเชิงอัตนัย และ ภาวะโดยรวม การแปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 24-120 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง มีภาวะในการดูแลมาก นอกจากนี้ยังแบ่งภาวะการดูแลออกเป็น ระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 98-120 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมากที่สุด

คะแนน 84-97 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมาก

คะแนน 60-83 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลปานกลาง

คะแนน 36-59 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลน้อย

คะแนน 24-35 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพัฒนาขึ้น โดย รัชนี ไพธสวัสดิ์ (2551) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการประเมิน ทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3,

4, 5, 8, 9, 10 และมีข้อคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 6, 7 โดยสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีลักษณะการให้คะแนนดังต่อไปนี้

ข้อความ	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีหรือทัศนคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.93 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 (รัชนี ไพรสวัสดิ์, 2551)

4. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพัฒนาขึ้นโดย ดารา การเกษร (2545) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำตอบให้เลือก โดยมีคำตอบให้เลือก 3 แบบ คือ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	2 คะแนน
ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ	1 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	0 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0-60 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่โรงพยาบาลประสาทสงขลา ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาคเท่ากับ 0.84 (ดารา การเกษร, 2545)

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนำมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire: PRQ 2000) ส่วนที่ 2 ของ Weinert (2000) ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทราภรณ์

หุงปั่นคำและประภาศรี หุงมีผล (ประภาศรี หุงมีผล, 2548) ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ โดยวัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรัก ด้านการได้รับการยอมรับในคุณค่าของตนเอง ด้านการได้รับการยอมรับของสังคมและมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือและทำประโยชน์แก่ผู้อื่น ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ ดังนี้

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

การแปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 15-105 คะแนน

ถ้าคะแนนสูงบ่งบอกว่าการสนับสนุนทางสังคมสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ตามวิธีของครอนบาคเท่ากับ 0.90-0.95 (อรรณม วรรณชาติ, 2550)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมซึ่งนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ ดังนั้นผู้วิจัยไม่ต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 30 ราย

และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ไม่น้อยกว่า 0.70 ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ดังนี้

แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 0.898

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 0.896

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.943

แบบสอบถามภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 0.892

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน โดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย อย่างเท่าเทียมกัน โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนวิจัยผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านการอนุมัติแล้ว ทำการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผ่านการอนุมัติได้ทำการวิจัย ในส่วนขั้นตอนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจอย่างชัดเจน มีรายละเอียด เป็นลายลักษณ์อักษรในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสิ่งสำคัญ คือ ให้ความมั่นใจกับผู้เข้าร่วมการวิจัยว่าคำตอบจากการสอบถามนี้ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ได้รับและสุดท้าย ผลของการศึกษานี้นำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและยินดีตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ขออนุญาตเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัว และขออนุญาตดำเนินการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และหนังสือพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

3. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ตามคุณสมบัติเพื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยคัดเลือกจากเวชระเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีนัดติดตามการรักษา ร่วมกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จำนวนวันละ 2-3 ราย

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สร้างสัมพันธภาพรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมรายละเอียด ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเข้าใจ

5. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ดำเนินการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

6. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดไว้ โดยบรรยากาศค่อนข้างเป็นส่วนตัว อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างอย่างละเอียด เมื่อกกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยใช้ระยะเวลา 30 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มวิจัยฟังตามข้อคำถาม ในแบบสอบถามโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความใด ๆ ทั้งสิ้น

7. หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในข้อคำถามใด ผู้วิจัยอธิบายเพื่อความเข้าใจ ในข้อคำถามนั้น ๆ อย่างเป็นมาตรฐานเหมือนกันหมดทุกราย

8. ผู้หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้ จากแบบสอบถาม และข้อมูลครบสมบูรณ์กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับ ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติเป็นขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลได้ครบสมบูรณ์ตามที่กำหนด ในการวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้วิจัยจัดกระทำข้อมูลแล้วจึงดำเนินการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่าง ๆ ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยจิตเภทโดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะติดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะติดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จ ณ ศรีราชา ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบ การบรรยายตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	22.22
หญิง	70	77.78
อายุ		
20-29 ปี	12	13.33
30-39 ปี	19	21.11
40-49 ปี	21	23.33
50-59 ปี	21	23.33
60 ปีขึ้นไป	17	18.90
(\bar{X} = 45.87, SD = 14.22, Min = 21, Max = 84)		
สถานภาพ		
โสด	19	21.11
คู่	55	61.11
หม้าย	10	11.11
หย่า	6	6.67
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	4.44
ประถมศึกษา	26	28.89
มัธยมศึกษาตอนต้น	24	26.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.	14	15.56
ปวส./อนุปริญญา	10	11.11
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	12	13.33

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
งานบ้าน	21	23.33
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	5	5.56
เกษตรกร	4	4.44
รับจ้าง	44	48.90
ค้าขาย	12	13.33
อื่น ๆ	4	4.44
รายได้		
ต่ำกว่า 1,000	19	21.11
1,001-5,000	5	5.56
5,001-10,000	14	15.56
10,001-15,000	16	17.77
15,001-20,000	24	26.67
20,001 บาทขึ้นไป	12	13.33
สถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแล		
บิดา	6	6.67
มารดา	32	35.56
พี่น้อง	33	36.66
สามี/ ภรรยา	8	8.89
บุตร	6	6.67
เพื่อน	1	1.11
หลาน	2	2.22
อื่นๆ	2	2.22

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดูแล		
1ปี	8	8.89
2ปี-5ปี	36	40.00
6ปี-10ปี	24	26.67
11ปี-15ปี	7	7.77
16ปีขึ้นไป	15	16.67

(\bar{X} = 8.13, SD = 7.10, Min = 1, Max = 35)

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 70 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 และเพศชาย 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี (\bar{X} = 45.87, SD = 14.22) ส่วนใหญ่สถานภาพมีคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.11 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48.90 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,00-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.67 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเกี่ยวข้องเป็นพี่น้องกับผู้ป่วยจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 36.66 โดยมีระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ระหว่าง 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท (n = 90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	55	61.11
หญิง	35	38.89
อายุ		
น้อยกว่า 20-29 ปี	23	25.56
30-39 ปี	29	32.22
40-49 ปี	23	25.56
50-59 ปี	7	7.77
60 ปีขึ้นไป	8	8.89
(\bar{X} = 38.80, SD = 13.31, Min = 20, Max = 62)		
อาชีพ		
งานบ้าน	18	20.00
เกษตรกร	3	3.33
รับจ้าง	22	24.44
ค้าขาย	4	4.44
ไม่ประกอบอาชีพ	43	47.79
รายได้		
ต่ำกว่า 1,000	59	65.57
1,001-5,000	12	13.33
5,001-10,000	11	12.22
10,001-15,000	4	4.44
15,001-20,000	3	3.33
20,001 บาทขึ้นไป	1	1.11

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 55 คน คิดเป็นร้อยละ 61.11 และเพศหญิง 35 คน คิดเป็นร้อยละ 38.89 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 39 ปี ($\bar{X} = 38.80$, $SD = 13.31$) ไม่ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 47.79 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.57

ส่วนที่ 2 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 90)

ภาวะการดูแล	\bar{X}	SD	Min-Max	การแปลผล
ภาวะการดูแลโดยรวม (24-120 คะแนน)	42.98	16.84	24-87	ภาวะการดูแลน้อย
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย (12-60 คะแนน)	23.71	9.99	12-44	
ภาวะการดูแลเชิงปรนัย (12-60 คะแนน)	19.27	7.53	12-43	

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 ($SD = 16.84$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลเชิงอัตนัยเท่ากับ 23.71 ($SD = 9.99$) และมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลเชิงปรนัยเท่ากับ 19.27 ($SD = 7.53$)

ส่วนที่ 3 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม (n = 90)

ตัวแปรที่ศึกษา	Range			
	Possible	Actual	Mean	SD
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	1-35	1-35	2.83	1.22
ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วย	10-50	22-50	41.59	7.20
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย	0-60	24-60	51.95	9.58
การสนับสนุนทางสังคม	15-105	56-105	91.17	11.74

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาดูแลตั้งแต่ 1-35 ปี โดยมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 2.83 (SD = 1.22)

ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนที่เป็นไปได้ 10-50 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-50 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยคือ 41.59 (SD = 7.2)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากคะแนนที่เป็นไปได้ 0-60 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ระหว่าง 24-60 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย คือ 51.95 (SD = 9.58)

การสนับสนุนทางสังคม จากคะแนนที่เป็นไปได้ 15-105 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม 56-105 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย คือ 91.17 (SD = 11.74)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient and fisher kurtosis coefficient โดยเทียบค่าที่ได้กับค่า Critical value ของสถิติ Z สำหรับ 2-tailed test พบว่า ค่าที่ได้มีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 (สำหรับ Alpha = .05) หรือเกิน ± 2.58 (สำหรับ Alpha = .01) ดังนั้นจึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ
 2. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ทดสอบโดยใช้สถิติ ANOVA พบว่าค่า p-value (Sig) ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 นั่นคือ ตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัว มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม
 3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่ทดสอบโดยพิจารณาจากการใช้กราฟ Scatter plot ที่พล็อตระหว่างค่า *ZPRED (ค่าพยากรณ์ที่ได้จากสมการแล้วแปลงเป็น Z-score) และค่า *RESID (ค่า Z-score ของ Error หรือส่วนต่างระหว่างค่าที่ประมาณการได้จากสมการถดถอยและค่าจริง) พบว่า มีการกระจายบริเวณค่า 0 (Burns & Grove, 2005)
 4. ไม่มี Autocorrelation ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่าเท่ากับ 2.008 (Garson, 2008)
 5. ไม่มี Multivariate outliers ทดสอบโดยการใช้อกราฟ Scatter plot ระหว่างค่า Y (ค่าตัวแปรที่ทำนายได้จากสมการถดถอย) กับค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย (หรือกราฟที่พล็อตระหว่างค่ามาตรฐานของค่าทั้งสอง)
 6. ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Multicollinearity) ทำการทดสอบโดยการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (โดยพิจารณาค่า Tolerance เข้าใกล้ 0 และค่า VIF < 4) ซึ่งจากค่า Collinearity statistics พบว่าค่า Tolerance เท่ากับ 0.466 และค่า VIF เท่ากับ 2.145 ซึ่งแสดงว่าไม่เกิด Multicollinearity ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงจากการตรวจสอบข้อมูลของตัวแปรต้น ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ
- จากผลการวิเคราะห์ได้ตัวแปรอิสระที่ถูกคัดเลือกเข้าแบบจำลอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	1	2	3	4	5
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1				
ทักษะคิดต่อการดูแล	0.067	1			
พฤติกรรมการดูแล	0.076	0.713*	1		
การสนับสนุนทางสังคม	0.104	0.731*	0.824*	1	
ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	- 0.203	- 0.747*	- 0.723*	- 0.740*	1

* $p < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับสูงกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - 0.747, p < .001$) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับสูงกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - 0.723, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับสูงกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - 0.740, p < .001$) ส่วนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ ได้ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลำดับ	การเข้า สมการ	ตัวแปร	b	SE	β	t	R ²	R ² change
1		ทัศนคติต่อการดูแล	- 1.757	0.167	- 0.747	-10.535	0.558	0.56
2		ทัศนคติต่อการดูแล	- 1.039	0.222	- 0.442	- 4.682	0.639	0.081
		การสนับสนุนทางสังคม	- 0.599	0.135	- 0.418	- 4.427		
Constant = 141.637 ; R ² _{adj} = .631 ; R = .799 ; F = 19.597 ; p < .001								

จากตารางที่ 6 พบว่า ตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด คือ ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -.442, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.418, p < .001$) ตามลำดับ โดยพบว่า ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้คิดร้อยละ 63 ($R^2 = .631, p < .001$)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวสามารถเขียนสมการทำนายภาวะการดูแลได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ (Y)

$$\text{ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท} = 141.637 - 1.039 (\text{ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท}) - 0.599 (\text{การสนับสนุนทางสังคม})$$

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ภาวะการดูแลของผู้ดูแล}} = - 0.442 (Z_{\text{ทัศนคติต่อการดูแล}}) - 0.418 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}})$$

จากสมการข้างต้น อธิบายได้ว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -.442, p < .001$) ร่วมกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่สูง ($\beta = -.418, p < .001$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 90 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างการวิจัยมาจากการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93, .93, .84 และ .90-.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยวิธีสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 90 ราย เป็นเพศชาย 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 22 และเพศหญิง 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 78 มีอายุเฉลี่ย 46 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 49 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 27 รองลงมา คือ รายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 21 สถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเป็นมารดาส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมาเป็นพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 33 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 27

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท พบเพศชาย 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 61 และ เพศหญิง 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 39 มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 48 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66

2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลจากการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD = 16.84) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลเชิงอัตนัยเท่ากับ 23.71 (SD = 9.99) และมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะ การดูแลเชิงปรนัยเท่ากับ 19.27 (SD = 7.53)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์พบว่า ทศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.75, p < .01$) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.72, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.74, p < .01$) และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอย แบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 64 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด คือ ทศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -.44, p < .001$) และรองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.42, p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถ อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแล โดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD = 16.84) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับน้อย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ทิปประพิน สุขเขียว (2543) ที่พบว่าผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทไม่มีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาภาวะการดูแลของ รัชนีกร อุปเสน

(2541) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดภาระในเชิงรูปธรรมในด้านภาวะเศรษฐกิจ การพักผ่อน สุขภาพ ทางด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทผลการศึกษาคั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย ซึ่งมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ได้ดูแลมาระยะเวลาหนึ่งจึงทำให้การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อย ด้วยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดต่อกันจึงเกิดความรักใคร่ผูกพันกันและกันทำให้มีความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยประกอบกับผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำงานนอกบ้านทำให้ ความรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เกิดการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของผู้ที่อยู่บ้าน และสภาพสังคมไทยที่ยึดถือว่าผู้หญิงเป็นแม่บ้านต้องดูแลรับผิดชอบงานบ้านรวมถึงการดูแล สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย ทำให้เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย จึงต้องรับบทบาทของผู้ดูแลอย่างไม่มีเงื่อนไข (เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 2551)

สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, นิยมล เผือกคง และสมจิต หนูเจริญกุล (2555) พบว่า อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล และเป็นไปใน ทิศทางเดียวกับการศึกษาของ อุษา แก้วอำภา (2555) และการศึกษาของ เวทีนิ สุขมาก และคณะ (2544) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคน และมีความสัมพันธ์เป็นมารดาและพี่น้อง และมีภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาคั้งนี้มีอายุเฉลี่ยประมาณ 38 ปี (SD = 13.314) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในวัยกลางคนมักมีการดำเนิน โรคที่ไม่รุนแรง และมีการดูแลตนเองที่ดี ส่วนใหญ่อาการค่อนข้างคงที่ทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องดูแลผู้ป่วยมาก จึงมีการรับรู้ภาระการดูแล ค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Mcdonnell, Short, Berry, & Dyck (2003) ได้ศึกษา เกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะทำให้ผู้ดูแล มีภาระการดูแลมากเนื่องจากมีความเสียใจในการเจ็บป่วยของบุตรรวมทั้งการที่ผู้ป่วยมีอายุน้อย ทำให้มีทักษะในการดูแลตนเองน้อยทำให้รู้สึกถึงความยุ่งยากในการดูแล และเนื่องจากโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังและมักพบในผู้ป่วยอายุน้อย ในการดูแลรักษาส่วนมากจะพบว่าทางโรงพยาบาล เมื่อพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการคงที่หรืออาการทุเลาแล้วจะให้ผู้ป่วยจิตเภทกับไปดูแลรักษา ต่อที่บ้าน โดยผู้ที่ต้องรับหน้าที่ดูแลต่อเป็นครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเอง ซึ่งในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทนี้ทำให้เกิดเป็นภาระหน้าที่ของผู้ดูแลได้ ในส่วนของผู้ดูแลนั้นอาจเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ ทำให้เกิดภาระการดูแลตามมาได้จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรียงตามน้ำหนักสัมประสิทธิ์การถดถอยจากมากไปน้อย คือ ทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -.44, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.42, p < .001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 64 โดยพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.72, p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่วนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งขนาดของความสัมพันธ์ และอิทธิพลของแต่ละตัวแปรสามารถอภิปรายดังนี้

2.1 ทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.442, p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี ไพรสวัสดิ์ (2551) พบว่า ทักษะคติของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทด้านการดูแลที่จำเป็นทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ ผู้ดูแลมีความคิดด้านบวกจะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสมและการศึกษาของ พรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ (2539) ที่พบว่า ทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลางและระดับสูง มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 1 ปี ($r = .032$ และ $r = .035$) (รัชณี ไพรสวัสดิ์, 2551) ซึ่งสามารถอธิบายภายใต้กรอบแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ได้ว่า ทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด ซึ่งผู้ดูแลที่มีทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดน้อยหรือมีการรับรู้ภาระการดูแลเพียงเล็กน้อยแต่ในทางกลับกันถ้าผู้ดูแลมีทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดีทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เกิดปัญหาสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลตามมาส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระการดูแลสูงได้ ซึ่งการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ต้องใช้แรงงานและเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด (Montgomery et al., 1985) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล

2.2 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รองลงมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.418, p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทีปประพิน สุขเขียว (2543) ที่พบการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.378, p < .01$) และเป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความรู้สึกตึงเครียด โดยถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลอื่นก่อให้เกิดความไว้วางใจรวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือ ทำให้เกิดกำลังใจจะต่อสู้ปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้นได้ในการเกิดการสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นแหล่งสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากสังคมเกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคมเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลในการบรรเทาความทุกข์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รัชณี ไพโรศวาส์ดี, 2551) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ แต่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -0.723, p < .001$) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ ลือโรสงค์ (2541) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารอบครัวมีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง (จิราพร รักการ, 2549) ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตึงเครียดได้ แต่หากผู้ดูแลมีปัจจัยคั่นกลางที่ดีก็จะทำให้ลดความรุนแรงของความรู้สึกตึงเครียดได้ ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถ้าผู้ดูแลมีทักษะหรือการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม สม่ำเสมอ ก็จะจัดการกับสภาพการณ์หรือความเจ็บป่วยนั้นได้และไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมขาดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลหรือไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลที่สม่ำเสมอจะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคหรือเผชิญ

กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ก็จะมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องยากลำบาก ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย เครียดและเกิดการดูแล อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างความเครียดกับการรับรู้การดูแลก่อนข้างสูง ดังนั้นจึงอาจลดความรุนแรงของความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทำให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยไม่มีอิทธิพลต่อการดูแล นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังมุ่งเน้นที่จะศึกษาในส่วนของความสม่ำเสมอและความเหมาะสมในการปฏิบัติ พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยมากกว่าความหนักเบาของการปฏิบัติพฤติกรรมจึงทำให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำนายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

2.4 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แต่มีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งไม่เป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ที่กล่าวว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด ซึ่งระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยนั้นจะมีปฏิสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่น ๆ ซึ่งระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความเครียดโดยอาจมีหรือไม่มีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การมีสิ่งก่อกความเครียดมากระตุ้นร่วมด้วยหรือการมีสิ่งก่อกความเครียดและมีความตึงเครียดภายในจิตใจของผู้ดูแลมาร่วมกระตุ้นให้เกิดความเครียด โดยผู้ดูแลอาจมีหรือไม่มีตัวแปรคั่นกลางมาช่วยลดระดับความรุนแรงของความเครียด ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้การดูแลของผู้ดูแลได้และเมื่อพิจารณาพร้อมกับระยะเวลาการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทจะพบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะเรื้อรังหรือมีอาการหลงเหลือซึ่งระยะนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ คงที่ ในระยะยาวแล้วอาการโรคจิตจะค่อย ๆ ลดลง ระยะรุนแรงของโรคน้อยลง ไม่ค่อยมีอาการกำเริบสามารถดูแลตนเองได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) สรุปได้ว่าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลระดับน้อยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่เน้นการพัฒนาโปรแกรมหรือการเสริมสร้างทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ด้านการศึกษาวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อื่น ๆ

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทัศนคติและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยในส่วนของพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มเติมในเรื่องของความหนัก เบาของกิจกรรมการดูแลที่ได้ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (ม.ม.ป). *ข้อมูลสถิติ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). *แผนการพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ด้านสาธารณสุข*. นนทบุรี: สยามอินเตอร์มาร์เก็ตติ้ง.
- กัลยาณี ลัทธิต. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, คณะครุศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- แก้วตา มีศิริ และเพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 35-73.
- ขนาน หัสศิริ, สุชาดา สารเสถียร, สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, อัมพร ทยาจันทา, ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี, ฉัญฐาพร เครือพันธ์ และฟองอุไร ภูมิศิริรักษ์. (2537). *รายงานวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, นิถุมล เพื่อกอง, และสมจิต หนูเจริญกุล. (2555). ผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 17-35.
- จิระพรรณ สุริยงค์. (2550). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- จันทร์ พรหมน้อย, เพลินพิศ ฐานิวัตถ์นันทน์ และประนอม หนูเพชร. (2548). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(6), 405-412.

- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ: กรณีศึกษา
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 14(1), 30-38.
- ชูชื่น ชีวพุดผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ
ผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะลุกลาม. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). *สุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ครุณี คชพรหม. (2543). *ผลของกลุ่มปรับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ดารา การเกษร. (2545). *ความรู้ การปฏิบัติและความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข, คณะวิทยาศาสตร์,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- ดารานี วันวา และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย. *ผลของกลุ่มสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของ
ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสภาการพยาบาล,
28(1), 68-80.*
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด
การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ถวิล นภาพงส์สุริยา, ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพ็ญ เกียมปัญญาธิ และเพลิน เลี้ยงโชคอยู่. (2543).
*พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง.
วารสารพยาบาล, 49(1), 24-33.*
- ทีปประพิน สุขเจียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*

- เทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(3), 113-124.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และพิชญวดี ชีราโมกษ์. (2555). พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจ็บป่วย. ใน มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิตา ลี้มสุวรรณ (บรรณาธิการ), *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์* (หน้า 116-123). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2546). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์.
- นงลักษณ์ วรรณชานันท์. (2546). *พฤติกรรมเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (2557). การพยาบาลบุคคลที่มีโรคจิตเภท (Nursing Care for Persons with Schizophrenia). ใน อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing* (หน้า 425-443). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). บทบาทของครอบครัว และการดูแลครอบครัว. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคจิตเภท Textbook of Schizophrenia* (หน้า 239-304). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เนาวรัตน์ สุขณะถ้ำ. (2556). โรคจิตเภทและการพยาบาล (Nursing Care for Schizophrenia Patients). ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2* (หน้า 122-130). กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานา สุวาลักษณ์. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21(4), 249-258.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานา สุวาลักษณ์. (2547). ปัจจัยทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 140-149.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ประภาศรี ท่งมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประไพจิตร ชุมแวงวาปี. (2547). *สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โครงการตำราวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
- ปานิสรา เกษมสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- พรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ. (2539). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พหล วงศาโรจน์. (2541). *การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต: ยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติ*. ใน อุดมเพชรสังหาร, บุญชัย นวมงคลวัฒนา และพันธ์ศักดิ์ วราอัศวปติ (บรรณาธิการ), *ประชาคมสุขภาพจิตอีสาน 41*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ. (2551). *การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของครอบครัวไทย*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(1), 1-7.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท Textbook of Schizophrenia*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พัชรี คำธิดา. (2546). *ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลแม่ทา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ไพลิน ปรัชญกุลปต์. (2548). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*.
 วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทาง
 สังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์,
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, ทศนา บุญทอง, สมจิต หนูเจริญกุล, ครุณี รุจกรกานต์, ชวิษฐ์ วรพงศธร
 และยาใจ สิทธิมงคล. (2545). รูปแบบการทำนายภาระของผู้ดูแล: การทดสอบ
 เชิงประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 6(2), 24-40.
- ภัทรภรณ์ ทุ่งคำปิ่น, สุวิท อินทอง, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, ชาลินี สุวรรณยศ
 และศรีัญญา วรรณชัยกุล. (2551). *คุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วย
 และผู้ดูแล*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี กลั้ววงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชวัลลดี และนันทิกา ทวิชาชาติ. (2552). ปัจจัยที่มี
 อิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล.
วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 15(1), 57-75.
- มานิช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิตา ลี้มสุวรรณ. (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทาง
 การแพทย์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4).
 กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
 จิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
 คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). *พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.

- โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2557). รายงานประจำปีงบประมาณ2556. ชลบุรี:
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา.
- รัชณี ไพธวัศค์. (2551). บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข,
คณะสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณีกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาทีณี สุขมาก. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช1. ม.ป.ท.
- วารุณี ทับแสง. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว
เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท โรงพยาบาลชนแดน
จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เวทีณี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครักษ์มิหิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า. (2544). ยุทธวิธีในการดูแล
บุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 16(2),
107-116.
- วัชรภรณ์ ลือไชสงค์. (2541). ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำใน
ผู้ป่วยจิตเภท. อุบลราชธานี: กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- วันเพ็ญ ยืนยงแสน. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท. งานนิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีพรรณ กัณธรัง. (2551). ทฤษฎีระบบของนิวมาน: การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล.
เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2555). สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3). ม.ป.ท.
- ศิริรณานัน ทนทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2555). ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพ
ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: วี. พรินท์ (1991).

- ศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2555). สมอองและพฤติกรรม, ใน มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา หิรัญเทพ และนิตา ลี้มสุวรรณ (บรรณาธิการ), *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์* (หน้า 37-47). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2554). โรควิตกกังวล (Schizophrenia). ใน นิรมล พัจจนสุนทร, กนิดา ทศนิยม, อัจฉรา รวมเจริญเกียรติ และกุศลาภรณ์ วงศ์นิยม (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ทั่วไป* (หน้า 45-52). (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สุพิศ กุลชัย. (2550). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ใน โรงพยาบาลศรีสังขาลย์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2552). การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยแยกโรค. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรควิตกกังวล Textbook of Schizophrenia* (หน้า 101-118). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วี. พรินท์ (1991).
- อรรณพ ทองคำ. (2546). *การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรควิตกกังวลที่กลับมาเป็นซ้ำ*. งานนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรวรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรควิตกกังวล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักตำราพิมพ์.
- อุษา แก้วอำภา. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 127-143.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical Manual of mental disorder* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S., & Whitlatch, C. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. Sandiago: Academic.
- Barnes, P. J., Wilson, N. M. & Brown, M. J. (1981). A calcium antagonist, nifedipine, modifies exercise induced asthma. *Thorax*, 36, 726-730.
- Bonrbonnais, F., Franees F., & Ross, M. M. The Neuman Systems Model in Nursing Education: course development and implementation. *Advanced Nursing*, 10, 117-123.
- Brandt, P. A., & Weinrt, C. (1985). *PRQ: Psychometric update*. Washington DC: Manuscript University of Washington School of Nursing.
- Brandt, P. S., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Bull, M. J. (1990). Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758-776.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publication.
- Chou, K. R., LaMontagne, L. L., & Hepworth, J. T. (1999). Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Tawan. *Nursing Research*, 48(4), 206-214.
- Clark, M. J. D. (1999). *Nursing in the community: Dimension of community health Nursing* (3rd ed.). Stamford, CC: Appleton & Lange.

- Clinton, M., Lunney, P., Edwards, H., Weir, D., & Barr, J. (1998). Perceived social support and community adaption in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 955-965.
- Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickett, S. A., & Cohler, B. J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Journal Orthopsychiatric*, 64(3), 435-447.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and Dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Friedrich, R., Lively, S., & Buckwalter, K. (1999). Well sibling living with schizophrenia: Impact of associate behaviors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health*, 37(8), 11-19.
- Garson, D. G. (2008). Stat noted: Tropics in multivariate analysis. Retrieved From <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>
- Gibson, J. L. (2000). *Organizations Behavior* (7th ed.). Boston: Irwin.
- Jones, S. L. (1996). Editorial: We must include the informal caregiver in managed care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(4), 196-197.
- Julia B. (2002). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice* (5th ed.). U.S.A: Prentice Hall International Inc.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock synopsis of psychiatric* (8th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kane, J. M., & Marder, S. R. (1993). Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(4), 287-302.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research study. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 284-255.
- Mcdonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., & Dyck, D. G. (2003). Burden in schizohernia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process. Spring*, 42(1), 91-103.
- Maurin, J., & Boyd, C. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 99-107.

- Minister of Supply and Service Canada. (1991). *Schizophrenia a handbook for families*. Ottawa, Ontario: Health Services and Promotion Branch.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- Moore, S. L., & Munro, M. F. (1990). The Neuman System Model Applied to Mental Health Nursing of Older Adults. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 293-299.
- Noh, S., & Turner, J. R. (1987). Living with psychiatric patient: Implication for the mental health of family members. *Social Science Medicine*, 25(3), 263-271.
- Oberst, M. T., Hughes, S. H., Chang, A., & McCubbin, M. (1991). Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*, 14, 71-78.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M., (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 25, 32-6.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). California: Appleton & Lange.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychology Medicine*, 15, 383-393.
- Razali, M. S., & Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. *Acta Psychiatric Scandinavia*, 91, 331-335.
- Reinhard, S. C. (1994). Living with mental illness: Effect of the professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing and Health*, 17, 79-88.
- Rolland, J. (1994). *Families illness and disability*. New York: Basic Books.
- The Nueman Systems Model. (n.d.). Retrieved from <http://slsucoam.blogspot.com/2008/09/betty-neuman-system-model-in-nursing>.
- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. *Family Relations*, 31(7), 379-388.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.

- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L., & Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and aging*, 6, 392-401.
- Wehmeier, S. (2000). *Oxford advanced learner's dictionary of current English* (6th ed.). Oxford: Oxford University press.
- Weinert, C. (2000). *PQR2000*. Retrieved from <http://www.montana.edu/~cweinert/instruments/pqr2000.html>.
- World Health Organization. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013). *Report of mortality*. Geneva: WHO.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถามชุดนี้สำหรับการวิจัยเรื่อง
“ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

.....

คำชี้แจง ลักษณะของแบบสอบถามชุดนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิด

จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

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

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงอรรถ					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
13. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
14. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
15. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
24. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วยที่ต้องเจ็บป่วย ด้วยโรคจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกอับอาย ที่มีคนป่วยโรคจิตเภท อยู่ในครอบครัว					
3. ท่านคิดว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถ ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวได้					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
10. ท่านสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรค จิตเภทได้อย่างปกติ โดยไม่รังเกียจ					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านได้ปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้

ข้อคำถาม	ไม่ปฏิบัติ	ไม่สม่ำเสมอ	ประจำ
1. ท่านดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างครบถ้วน			
2. ท่านดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้องตามเวลา			
3. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอแม้ว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหรือทำทางเป็นปกติแล้ว			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
29. ท่านสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นๆ และชัดเจน			
30. ท่านคอยสังเกตอาการกำเริบของผู้ป่วย			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ข้อคำถามข้างล่างต่อไปนี้ บางคนเห็นด้วย และบางคนไม่เห็นด้วย กรุณาอ่านแต่ละข้อคำถาม และวงกลมข้อที่คุณพึงพอใจมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด

1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. ไม่เห็นด้วย
3. ไม่เห็นด้วยบางส่วน
4. ไม่แน่ใจ
5. เห็นด้วยบางส่วน
6. เห็นด้วย
7. เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ 1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกปลอดภัย 1 2 3 4 5 6 7

ข้อ 2. ฉันรู้สึกว่าเป็นคนหนึ่งในกลุ่มที่มีความสำคัญ 1 2 3 4 5 6 7

ข้อ 3. คนทั่วไปบอกว่าฉันทำงานได้ดี (งาน, งานบ้าน) 1 2 3 4 5 6 7

.

.

.

.

.

.

.

.

ข้อ 15. ฉันรู้สึกว่าการเป็นที่ต้องการของคนอื่นๆ 1 2 3 4 5 6 7



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Factors Influencing Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia

ชื่อนิสิต นางสาวเสาวนีย์ คงนิรันดร

รหัสประจำตัวนิสิต 53920628 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 09 - 05 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 90 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 8 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รหัสจริยธรรมการวิจัย 09-05-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเสาวนีย์ กงนรินทร์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาสาเหตุที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก เป็นผู้เป็นผู้ดูแลหลักและ มีความเกี่ยวข้อง เป็นญาติโดยตรงของผู้ป่วยจิตเภท หรือญาติที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยจิตเภท โดยที่ไม่ได้รับ ค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือนขึ้นไป ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในแต่ละวัน โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยใน การทำกิจกรรมต่าง ๆ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียน หรือสื่อสารภาษาไทยได้ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 90 ราย โดยเก็บข้อมูลในเดือน กรกฎาคม 2558-กันยายน 2558

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ รับฟังการชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการทำวิจัย ให้ท่านรับทราบเข้าใจ เมื่อท่านเข้าร่วมในการวิจัยให้ท่านเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วม ในการวิจัย ท่านจะได้รับแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด โดยจะใช้ระยะเวลา 30 นาที หากท่าน มีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในข้อคำถามใด ผู้วิจัยพร้อมจะอธิบายเพื่อความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ๆ

ประโยชน์ที่จะได้รับ สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่เน้น การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการนำผล ที่ได้จากการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการนำปัจจัยที่ศึกษามาจัดทำโปรแกรมที่สอดคล้องกับการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างทัศนคติ ของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน มีการนำผลการวิจัยไปชี้แจงการวิจัย

เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีการนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบาย ส่งเสริมทีมในการทำกิจกรรมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปได้ด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดย ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันด้วยการเข้ารหัสไว้ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ในระหว่างการตอบแบบสอบถามท่านสามารถหยุดการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดที่ นางสาวเสาวนีย์ คงนิรันดร หมายเลขโทรศัพท์ 083-1107907 หรือที่ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-10283

นางสาวเสาวนีย์ คงนิรันดร
ผู้วิจัย

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



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวเสาวนีย์ คงนิรันดร)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวเสาวนีย์ คงนิรันดร)