

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*

FACTORS INFLUENCING BURDEN AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

เสาวนีย์ คงนิรันดร, พย.บ.(Sawanee Kongnirundon, BNS.)**

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D.(Duangjai Vatanasin, Ph.D.)***

ชนัดดา แนบเกษร, Ph.D. (Chanudda Nabkasorn, Ph.D.)****

Abstract

Objective: To examine factors influencing caregivers' burden of schizophrenic patients.

Methods: Predictive correlational design was used. Subjects were 90 caregivers of schizophrenic patients receiving treatment at the Outpatient Department, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi. Data were collected using following questionnaires: Personal information questionnaire, care burden, attitude toward patient care, caregiver behavior, and social support. Descriptive statistic, Pearson correlation and multiple regression were used to analyze the data.

Results: Caregivers had an average burden score of 42.98 (SD = 16.84). Results from multiple regression analysis revealed that attitude toward patient care and social support could jointly explained 63% of the variance of burden of caregivers of schizophrenic patients. ($R^2 = .639$, $F = 19.597$, $p < .001$).

Conclusion: Health care provider should emphasize and promote attitude toward patient care and social support to reduce the burden of caregivers of schizophrenic patients.

Keywords: Burden, Caregivers, Schizophrenia, Attitude about care, Social support

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail:duangjaivat@yahoo.com

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการดูแลและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 90 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การดูแล ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD = 16.84) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการดูแลได้ถึงร้อยละ 63.90 ($R^2 = .639, F = 19.597, p < .001$)

สรุป: บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างทัศนคติต่อการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลง

คำสำคัญ: การดูแล ผู้ดูแล โรควิตเภท ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของปัญหา

โรควิตเภท (Schizophrenia) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดโดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 0.1 - 0.5 ต่อพันประชากร ความชุกเท่ากับ 2.5 - 5.3 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0 - 9.0 ต่อพันประชากร เพศหญิงและเพศชายมีอัตราการเกิดโรคได้พอ กัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยโรควิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางสมองทำให้ความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมแปลกไปจากความจริง โดยมักพบความผิดปกติ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น มาอย่างน้อย 6 เดือน (American Psychiatric Association [APA], 2013) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดรักษาจนอาการสงบลงส่วนใหญ่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลือทำให้ต้องรับประทานยาหรือรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (APA, 2013) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ สูญเสียหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในเรื่องต่างๆ ทั้งในส่วนของ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552)

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจโดยการดูแลผู้ป่วยทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลา

ออกกำลังกายเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) ทุกข์ใจ เครียด วิตกกังวล (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา (ฉวีญา พรหมบุตร, 2545) เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ (Doombos, 2002) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ได้ สัมพันธภาพทางสังคมลดลงรู้สึกเป็นตราบาป และถูกสังคมรังเกียจ (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995) มีการรับรู้ภาวะการดูแลสูง (รจนา ปุณโณทก, 2550) และอาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ได้

รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) เป็นรูปแบบเชิงทฤษฎีที่ใช้อธิบายกระบวนการของความเครียดและผลของความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างเฉพาะเจาะจงโดยกล่าวว่า การรับรู้ภาวะการดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันอย่างต่อเนื่อง เป็นพลวัตขององค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและบริบท (Background and contextual variables) ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวของผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลา ทักษะอาการของผู้ป่วยหรือความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก็จะมีสิ่งก่อกำเนิดความเครียด (Stressors) เข้ามากระตุ้นทั้งในส่วนของความเครียดระดับปฐมภูมิที่เกิดจากหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ดูแลผู้ป่วย และในส่วนของความเครียดระดับทุติยภูมิเกิดจากความตึงเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นก็จะแสวงหาตัวแปรคั่นกลาง (Mediators) ซึ่งเป็นตัวแปรที่จะช่วยบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์หรือความตึงเครียดนั้นลง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งหากตัวแปรคั่นกลางนั้นมีไม่เพียงพอก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้และเกิดเป็นผลลัพธ์ของความเครียด (Outcomes of stress) ได้แก่ การรับรู้ภาวะการดูแลหรือปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า เป็นต้น จากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ โดยผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานจะรู้สึกเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ และเกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล โดยพบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 5 ปี มักมีปัญหาทางสุขภาพจิต (ฉวีญา พรหมบุตร, 2545) โดยผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้น (Doombos, 2002) เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีจะมีความรู้สึกอยากดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ และลดการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล (รัชนิ ไพรสวัสดิ์, 2551) สำหรับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลที่มีทักษะหรือการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมก็จะสามารถจัดการ

กับสภาพการณ์หรือความเจ็บป่วยนั้นได้ก็จะไม่เกิดความกดดันหรือเบื่อหน่ายและไม่รู้สึกเป็นภาระจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมจะมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง (ดาราการะเกษร, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะหรือพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลลดลง (จิราพร รักการ, 2549) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นตัวแปรที่จะช่วยบรรเทาหรือลดความรุนแรงของความเครียดนั้นลงและช่วยทำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลที่น้อยลง โดยผู้ดูแลที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณเองมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ก็จะรู้สึกตึงเครียดลดลง ทำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง (ปานิสรา เกษมสุข, 2551) และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.378$, $p < .01$) (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดการรับรู้ภาระการดูแลก่อนข้างสูง และส่งผลให้เกิดความทุกข์ใจ และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตามมา ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาและส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดความรู้สึกรับเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีทำให้ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน

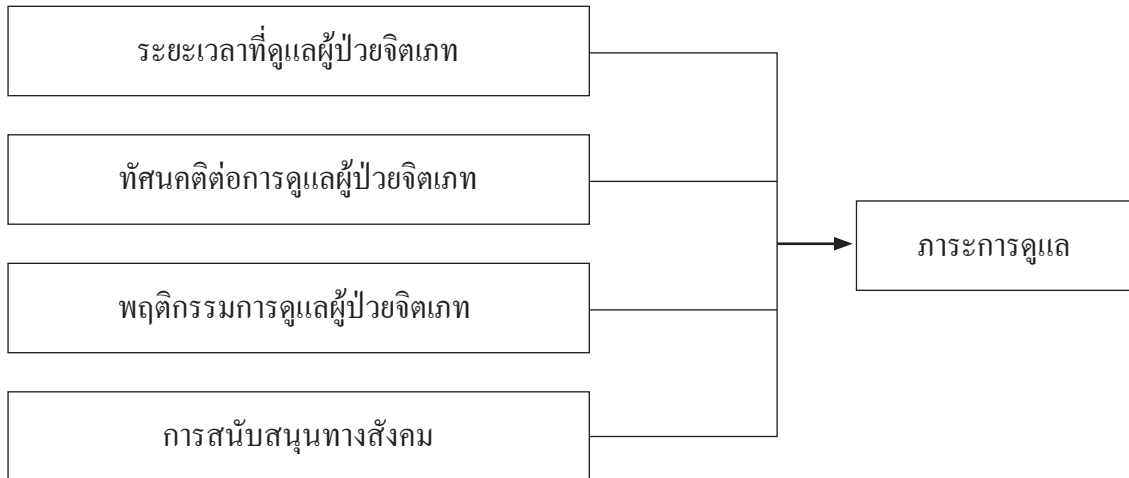
โรงพยาบาลอันเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศชาติอีกประการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้พัฒนามาจากรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model; Pearlin et al., 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Pearlin และคณะ (1990) กล่าวว่าภาระการดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความเครียดของผู้ดูแลที่มีลักษณะเป็นพลวัตรและเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบที่หลากหลาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีสมมติฐานว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานร่วมกับมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อต้องปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นไปอย่างไม่เหมาะสมก็จะมีมีความเครียดสูง ประกอบกับมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยคิดว่าตนเองไม่มีคนช่วยเหลือ ไม่มีแหล่งประโยชน์ที่จะลดความกดดันก็จะมีภาระการดูแลระดับสูง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปสามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมาจากการคำนวณจากสูตรของ Thorndike (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่ม

แบบง่าย (Simple random sampling) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามของข้อมูลส่วนบุคคล 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยจิตเภท

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาโดยนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ตามแนวคิดของ Montgomery, Gonyea และ Hooyman (1985) ลักษณะคำถามเป็นการประเมิน

การรับรู้ภาวะตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ แบ่งออกเป็น ภาวะเชิงปรนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิตจำนวน 12 ข้อ และภาวะเชิงอัตนัยซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางด้านอารมณ์และทัศนคติจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 24-120 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายถึงมีภาวะในการดูแลมาก แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ .93 (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) สำหรับการศึกษารุ่นนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพัฒนาขึ้นโดยรัชณี ไพรสวัสดิ์ (2551) จากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อความเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับการแปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 10 - 50 คะแนน ถ้าคะแนนสูงหมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 (รัชณี ไพรสวัสดิ์, 2551) สำหรับการ

ศึกษารุ่นนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพัฒนาขึ้นโดยดารา การะเกษร (2545) จากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 ข้อ คำแนะนำ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับการแปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0 - 60 คะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 (ดารา การะเกษร, 2545) สำหรับการศึกษารุ่นนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire: PRQ 2000) ส่วนที่ 2 ของ Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดยประภาศรี ทุงมีผล (2548) ลักษณะของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อที่ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ การได้รับความรัก การได้รับการยอมรับในคุณค่าของตนเอง การได้รับการยอมรับของสังคม และมีส่วนร่วมในสังคม การได้ช่วยเหลือและทำประโยชน์แก่ผู้อื่น การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมี

ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 (อรวรรณ วรรณชาติ, 2550) สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกันโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยทราบโดยไม่มีการบังคับและไม่มีผลใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษาหรือการให้บริการอื่น ๆ โดยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี เข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์โดยไม่มีเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ผลของการศึกษานี้นำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ขณะเข้าร่วมการวิจัยหากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและยินดีตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพาและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยบูรพาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการวิจัยเมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และได้รับการสุ่มเข้าร่วมงานวิจัย ณ คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยทราบโดยไม่มีการบังคับและไม่มีผลใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษาหรือการให้บริการอื่น ๆ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ฉบับ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีในห้องที่มีความเป็นส่วนตัวและไม่พลุกพล่านซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมไว้หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในประเด็นใดสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลใส่ซองที่มิดชิด ก่อนนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม และภาวะการดูแล ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 70 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 และเพศชาย 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพมีคู่คิดเป็นร้อยละ 61.11 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ

28.89 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48.90 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.67 มีความเกี่ยวข้องเป็นพี่น้องกับผู้ป่วยจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 36.66 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 8.13 ปี (SD = 7.10) โดยร้อยละ 40 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 2 - 5 ปี

ส่วนผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 55 คน คิดเป็นร้อยละ 61.11 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 39 ปี ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 47.79 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.57

2. **ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD = 16.84) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อยเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลเชิงอัตนัยเท่ากับ 23.71 (SD = 9.99) และมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลเชิงปรนัยเท่ากับ 19.27 (SD = 7.53)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 90)

ภาวะการดูแล	Mean	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	

3. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวแปรต้น กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 1-35 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 2.83 (SD = 1.22) คะแนนทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ยเท่ากับ 41.59 (SD=7.2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 51.95 (SD = 9.58) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 91.17 (SD = 11.74) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม (n = 90)

ตัวแปรที่ศึกษา	Range			
	Possible	Actual	Mean	SD
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	1-35	1-35	8.13	7.10
ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย	10-50	22-50	41.59	7.20
พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วย	0-60	24-60	51.95	9.58
การสนับสนุนทางสังคม	15-105	56-105	91.17	11.74

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร พบว่าทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.75, p < .01$) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.72, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.74, p < .01$) และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1				
ทัศนคติต่อการดูแล	.067	1			
พฤติกรรมกรรมการดูแล	.076	.713*	1		
การสนับสนุนทางสังคม	.104	.731*	.824*	1	
ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-.203	-.747*	-.723*	-.740*	1

* $p < .001$

จากการวิเคราะห์ห้ด้วยสถิติการถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการดูแลของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 63.90 ($R^2 = .639$, $F = 19.597$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดคือ ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -.44$, $p < .001$) และรองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.42$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลำดับการ เข้าสมการ	ตัวแปร	b	SE	β	t	R^2	R^2 change
1	ทัศนคติต่อการดูแล	-1.757	.167	-.747	-10.535	.558	0.56
2	ทัศนคติต่อการดูแล	-1.039	.222	-.442	-4.682	.639	0.081
	การสนับสนุนทางสังคม	-0.599	.135	-.418	-4.427		

Constant = 141.637 ; $R^2_{adj} = .631$; $R = .799$; $F = 19.597$; $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการดูแล โดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD. = 16.84) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อยซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของทีปประพิณ สุขเขียว (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาระยะการดูแลของ รัชณีกร อุปเสน (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดภาระในเชิงรูปธรรมเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ การพักผ่อน สุขภาพทางด้านร่างกายจิตใจ ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วยซึ่งดูแลผู้ป่วยมาระยะเวลาหนึ่งด้วยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดต่อกันจึงเกิดความรักใคร่ผูกพันกันและกัน ทำให้มีความพร้อมในการดูแลและคิดว่าเป็นหน้าที่จึงทำให้การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของอุษาแก้วอำภา (2555) และการศึกษาของ เวทีนี้ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครศรีมีหิรัญ และ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า (2544) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์เป็นมารดาและพี่น้องจะมีภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย

นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 61.11 ซึ่งผู้ดูแลที่มีคู่ครองอยู่ด้วยกัน

จะรู้สึกว่าคุณเองมีแหล่งสนับสนุน มีผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าตนเองต้องแบกรับการดูแลไว้คนเดียว ผู้ดูแลร้อยละ 48.90 ประกอบอาชีพรับจ้างซึ่งส่วนใหญ่รับจ้างอยู่ในพื้นที่ ไม่ต้องเดินทางเป็นระยะเวลายาวนาน จึงไม่รู้สึกเหนื่อยล้าหรือมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ทำให้มีพลังในการบริหารจัดการหรือควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ จึงมีการรับรู้ภาระดูแลก่อนข้างน้อย ส่วนผู้ดูแลร้อยละ 26.67 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001 - 20,000 บาท ซึ่งการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพและมีรายได้สำหรับใช้จ่ายภายในครอบครัวที่เพียงพอกับรายจ่ายของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกอึดอัดกดดัน และไม่จำเป็นต้องทำงานพิเศษเพิ่มทำให้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น จึงรับรู้ว่าคุณเองมีภาระน้อยลง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 38 ปี (SD. = 13.314) ซึ่งอยู่ในช่วงวัยกลางคนและเจ็บป่วยมาสักระยะหนึ่งมักมีการดำเนินโรคที่ไม่รุนแรง และมีอาการค่อนข้างคงที่รวมทั้งส่วนใหญ่มักมีการดูแลตนเองที่ดีทำให้ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยในทุกด้าน จึงมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น จึงรับรู้ว่าคุณเองมีภาระการดูแลค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Mcdonell และคณะ (Mcdonell, Short, Berry & Dyck, 2003) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยมักมีการดูแลมากเนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมักมีทักษะในการดูแลตนเองน้อยผู้ดูแลจึงต้องดูแลผู้ป่วยค่อนข้างมากทำให้รู้สึกถึงความยุ่งยากในการดูแลจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีภาระการดูแลค่อนข้างน้อย

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.44, p < .001$) ทั้งนี้เป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ที่กล่าวว่า ทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด ซึ่งถ้าผู้ดูแลที่มีทักษะต่อการดูแลผู้ป่วยทำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลเพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีไพรวรรณ (2551) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความคิดหรือทัศนคติด้านบวก จะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสมและการศึกษาของพรทิพย์ โพธิ์ศรีประเสริฐ (2539) ที่พบว่าทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

2.2 การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.42, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความรู้สึกตึงเครียด ถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยแล้วรับรู้ว่าคุณเองมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถจัดการกับปัญหาได้ เห็นคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับของสังคมและมีส่วนร่วมในสังคม รวมทั้งได้ช่วยเหลือและทำประโยชน์แก่ผู้อื่น และได้รับข้อมูลข่าวสารและ

คำแนะนำจากบุคคลอื่น ก็จะมีความรู้สึกตึงเครียดลดลงและมีภาระการดูแลน้อยสอดคล้องกับการศึกษาของทีปประพิน สุขเขียว (2543) ที่พบการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ แต่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -0.723, p < .001$) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของวัชรภรณ์ ลือไชสงค์ (2541) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง (จิราพร รักการ, 2549) ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตึงเครียดได้ แต่หากผู้ดูแลมีปัจจัยคั่นกลางที่ดีก็จะทำให้ลดความรุนแรงของความรู้สึกตึงเครียด ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับปฐมภูมิซึ่งถ้าผู้ดูแลมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม สม่่าเสมอก็จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดและไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างความเครียดกับการรับรู้ภาระการดูแลค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.4 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แต่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดของรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin et al., 1990) ที่เชื่อว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลซึ่งถ้าผู้ดูแลมีระยะเวลาการดูแลที่นานและต่อเนื่องก็จะทำให้เกิดความรู้สึกเครียด อ่อนเพลีย หรือเหนื่อยล้า และทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลสูง อย่างไรก็ตามในการศึกษารั้งนี้ผู้ดูแลมีการรับรู้ทางสังคมซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลางในการลดระดับความรุนแรงของความเครียด ดังนั้นจึงทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการออกแบบหรือพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดหรือป้องกันการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ข้อมูลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). *สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คารา การะเกษร. (2545). *ความรู้ การปฏิบัติและความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). *บทบาทของครอบครัว และการดูแลครอบครัว*. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราโรคจิตเภท* (หน้า 239-304). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นดีไออินเตอร์มีเดีย.

ประภาศรี พุ่มมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคมความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปานิสรา เกษมสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดปรับระดับประคองต่อภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.

พรทิพย์ โปธิครุประเสริฐ. (2539). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์

- การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา การแนะแนว, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิตี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี ไพรสวัสดิ์. (2551). *บทบาทของสมาชิก ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, คณะสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณีกร อุปเสน. (2541). *การศึกษารูปแบบและ การระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เวทีณี สุขมาก, อุไรวรรณ ไชศรีศรีมีหิรัญ และ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 16(2), 107-116.
- วัชรภรณ์ ลือไชยวงศ์. (2541). *ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมา รักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท*. กรณีศึกษา: กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วี. พรินท์.
- อรวรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตาม การรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทาง สังคมและการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุษา แก้วอำภา. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การระในการดูแลกับ สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสาร การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 127-143.
- 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*. Santiago: Academic.

- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and Dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Mcdonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., & Dyck, D. G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psycho-education and awareness of patient sociality. *Family Process*, 42(1), 91-103.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- 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.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Weinert, C. (2000). *PQR2000*. Retrieved August 18, 2012, from <http://www.montana.edu/cweinert/instruments/pqr2000.html>.