ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
Psychological Hardiness and Caring Behaviors of Schizophrenia Patients' Caregivers

*จันทนา เจริญเวช (Juntana Charoenwet, R.N.)**

Abstract

The objective of this study was to study the degree of psychological hardiness, and caring behaviors of schizophrenia patients' caregiver. Subjects were 88 caregivers, selected purposively. The instrument used in data collection had three parts: 1) general data of caregivers and patients 2) caregivers' psychological hardiness based on Pakapan Woottiluk and Ubol Niwatchia (1998), and 3) caregivers' caring behaviors developed by the researcher. The internal consistency of part 2 was assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .93. Part 3 was verified by three experts and tested for internal consistency, giving an alpha value of .79. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Pearson product moment correlation coefficient.

The results showed that caregivers' overall psychological hardiness was at a high level (M = 1.79, SD = 0.19). All components of hardiness were also at a high level. The mean score for the challenge component was the highest (M = 2.01, SD = 0.34), followed by those for control (M = 1.83, SD = 0.17) and commitment (M = 1.51, SD = 0.28). The overall score of caring behaviors was at a high level (M = 2.44, SD = 0.24). All components of the scale were also at a high level. The highest mean score was that for caring for symptoms (M = 2.56, SD = 0.30), followed by those for medication administration (M = 2.53, SD = 0.33) and daily living (M = 2.30, SD = 0.35). There was no significantly association between overall psychological hardiness and overall caring behaviors ($r = 0.10$, $p > .05$).

The results of this study could be used as a guideline for nurses to develop a model to promote psychological hardiness and caring behaviors of schizophrenia patients' caregivers.

Key words: Psychological Hardiness, Caring Behaviors, Caregiver, Schizophrenia Patient

* Corresponding Author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ E-mail.nurse.jun@hotmail.com

_13-1068(121-135)P4.indd 121 9/24/13 3:14:32 PM

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 88 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และของผู้ป่วยส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจส่วนที่ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 2 ใช้แบบสอบถาม ความเข้มแข็งอดทนของผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์และ อุบลนิวัติชัย, 2541 ผู้วิจัยนำมาทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .93 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ (Tungpunkam, P. 2000) ผู้วิจัยนำมาทดสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 1.79, SD = 0.19) จำแนกรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ ด้านความรู้สึกท้าทาย มีค่าคะแนนสูงสุด (M = 2.01, SD = 0.34) รองลงมา คือ ด้านการมีอำนาจควบคุม (M = 1.83, SD = 0.17) และด้านความมุ่งมั่น (M = 1.51, SD = 0.28) ตามลำดับ และพบว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 2.44, SD = 0.24) จำแนกรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน คือ ด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 2.56, SD = 0.30) รองลงมา คือ ด้านการบริหารยา (M= 253, SD=0.33) และด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (M = 2.30, SD = 0.35) ตามลำดับ พบว่าความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจด้านความมีอำนาจควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.24,p< .05) ความเข้มแข็งอดทนด้านความมุ่งมั่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.26,p<.05)) และความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลโดยรวมของผู้ดูแล (r = 0.10, p< .05) สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจในระดับสูงทั้ง 3 ด้านก็มิอาจทำนายได้ว่าพฤติกรรมการดูแลจะต้องสัมพันธ์ทางบวกเสมอไปทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยๆ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ดังนั้นพยาบาลควรเสริมสร้างให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจอย่างสม่ำเสมอ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจของผู้ดูแลและพฤติกรรมการดูแล ต่อไป

คำสำคัญ ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ พฤติกรรมการดูแล ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้ร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป และพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยพบร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ทั้งยังพบหลักฐานว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เป็นมิตรและก้าวร้าวสูงกว่าประชากรทั่วไป 2 – 10 เท่า (พิเชษฐ์และสรยุทธ, 2552) ผู้ป่วยจิตเภท จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ การรับรู้ อันจะนำพาไปสู่พฤติกรรมการแสดงออกมาไม่เหมาะสม ที่มีทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบ ซึ่งกลุ่มอาการด้านบวก มักเป็นอาการที่มักจะแสดงออกในระยะกำเริบ คือ มีความคิดหลงผิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในลักษณะที่แปลก เป็นไปไม่ได้ (bizarre delusion) เช่น หลงผิดว่าร่างกายตนเองหรืออวัยวะบางส่วนสูญสลายไปหลงผิดคิดว่าความคิดของคนอื่นเข้ามาแทรกอยู่ในสมอง (thought insertion) มีอาการประสาทหลอน (hallucination) คือ มีการรับรู้ที่ผิดปกติ มีหูแว่วภาพหลอน รู้สึกว่ารับรสแปลกๆ หรือได้กลิ่นผิดปกติ มีความคิดกระจัดกระจายไม่ต่อเนื่อง การใช้เหตุผลไม่เหมาะสม กระแสคำพูดวกวน พูดไม่เป็นภาษา ฟังไม่เข้าใจ (neologism) อารมณ์หงุดหงิด ไม่เป็นมิตร หวาดระแวง มีอารมณ์ไม่เหมาะสม (inappropriate) หรือทื่อ นอกจากนั้นยังมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น เคลื่อนไหวอย่างไม่มีจุดหมาย อยู่ไม่นิ่ง หรือไม่เคลื่อนไหวเลย ส่วนอาการทางด้านลบ มักเกิดก่อนหรือระยะหลังอาการกำเริบ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลในด้านต่างๆ คือ ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากผู้ดูแลต้องคอยดูเฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ต่อเนื่องถึงด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ผู้ดูแลเครียดอย่างมากในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รู้สึกทุกข์ ท้อแท้ วิตกกังวล หวาดกลัวอันตรายจากพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา (มยุรี กลับวงค์, 2552) และจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดอย่างเรื้อรัง เนื่องจากถูกคุกคามทางอารมณ์ ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแล รักษา ผู้ป่วยจิตเภท จึงสนใจที่จะศึกษาลักษณะของบุคลิกภาพภายในของบุคคล ที่เรียกว่า ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจของผู้ดูแลและพฤติกรรมการดูแลว่ามีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับใด เพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจอยู่ในระดับใด
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในระดับใด
3. ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

_13-1068(121-135)P4.indd 123 9/24/13 3:14:32 PM

ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจของโคบาซ่า (Kobasa, 1982) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ (Tungpunkam, 2000) ที่ได้ศึกษาบทบาทของมารดาที่ดูแลบุตรที่เป็นโรคจิตเภท ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ จากกรอบแนวคิดของโคบาซ่า (Kobasa, 1982) อธิบายว่า ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจเป็นลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งแสดงออกทางทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นนิสัย ประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการที่ผสมผสานกันคือ ความมุ่งมั่น (Commitment) ความท้าทาย (Challenge) ความมีอำนาจควบคุม (Control) ซึ่งเป็นลักษณะบุคลิกภาพภายในของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อว่า ตนมีความสามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ส่วนพฤติกรรมการดูแล เป็นการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อผู้รับการดูแลที่เป็นการช่วยเหลือ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทร และมีความจริงใจต่อกัน ซึ่งพฤติกรรมการดูแลจะปรากฏในกิจกรรมการดูแลทุกอย่าง เพื่อให้ผู้รับการดูแลสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข (Tungpunkam, 2000)

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยจิตเภท มารับการรักษา หรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่โรงพยาบาล จิตเวชภาคใต้ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม 2554 ซึ่งได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิทและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) ที่อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.30 กำหนดความคลาดเคลื่อน ที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 คน แบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลคิดตามสัดส่วนประชากร คือ 3:1 เนื่องจากกลุ่มประชากรในแต่ละโรงพยาบาลไม่เท่ากัน ดังนี้แบ่งเก็บกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 22 คน ในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เป็นผู้ดูแลหลักที่เกี่ยวข้องโดยเป็น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตรหลาน ญาติพี่น้อง ที่มี

อายุ 20 ปีขึ้นไป และดูแลผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. เสนอโครงร่างการวิจัย และแบบสอบถามผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์พิจารณาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและเริ่มเก็บข้อมูลเมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล มีลักษณะแบบเติมคำ และเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะแบบเติมคำ และเลือกตอบจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนทางด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้แบบสอบถาม ความเข้มแข็งอดทนของผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์และอุบล นิวัติชัย (2541) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดของโคบาซ่า (Kobasa, 1982) ประกอบด้วย คำถาม 50 ข้อ และแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ด้านความมุ่งมั่น 16 ข้อ ด้านความท้าทาย 17 ข้อ และด้านความมีอำนาจควบคุม 17 ข้อ เกณฑ์การตัดสินคะแนน เนื่องจากข้อความในแบบวัดนี้มีข้อความทางบวก 11 ข้อ และมีข้อความทางลบ 39 ข้อ การให้ คะแนนจะขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อคำถามและ ลักษณะคำตอบของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 0-3 โดยมีค่าคะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
0 ไม่เป็นจริงอย่างยิ่ง	ได้ 0 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
1 เป็นจริงเพียงบางส่วน	ได้ 1 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
2 เป็นจริงปานกลาง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
3 เป็นจริงอย่างยิ่ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 0 คะแนน

_13-1068(121-135)P4.indd 125 9/24/13 3:14:33 PM

เนื่องจากโคบาซ่า (Kobasa, 1982) ได้อธิบายความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ และไม่ได้กำหนดการแปลค่าคะแนนของการวัดความเข้มแข็งอดทนไว้ชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงแปลค่าคะแนนโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ตัดสินแบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน 0 - 1.50

ความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับต่ำ

ค่าคะแนน 1.51 - 3.00

ความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้พัฒนาจากกรอบแนวคิดของภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ (Tungpunkam, P. 2000) ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแล 3 ด้าน คือ ดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และการดูแลด้านการบริหารยา แบบสอบถามมีจำนวน 31 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (0-3) โดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อว่ามีระดับพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับใด ตามการรับรู้ของตนเอง และมีการให้ค่าคะแนน ในแต่ละข้อ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลแบบมาตราส่วนสมบูรณ์ (theoretical range score) คือ ใช้ช่วงคะแนนสูงสุดของแบบวัดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (ชูศรี, 2544) ได้ระยะห่างระหว่างช่วงชั้นเท่ากับ 1.00 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0.00 - 1.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับน้อย, 1.01 - 2.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง, 2.01 - 3.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและตรวจสอบด้านเนื้อหาความสอดคล้องของเนื้อหาและพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดย ทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .93 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ (Tungpunkam, P. 2000) ได้ค่าความเที่ยง โดยรวมเท่ากับ.79

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 88)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	68	77.27
	ชาย	20	22.73
อายุ (ปี)	(Min = 21, Max = 75, M= 45.88, SD = 10.14)		
	41-60	55	62.50
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	32	36.36
รายได้ต่อเดือน			
	15,001 – 20,000 บาท	23	26.14
ความเพียงพอของรายได้			
	เพียงพอ	39	44.32
	เพียงพอและมีเหลือเก็บ	36	40.91
อาชีพ			
	เกษตรกรรม	56	63.64
ภาวะสุขภาพ			
	แข็งแรงเหมือนคนอื่น	83	94.32
แหล่งสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย			
	พี่น้อง	48	54.50
แหล่งสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วย			
	เครือญาติ	82	93.18
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)	(Min=2, Max=20, M=6.21, SD=3.90, Mode=10)		
	2-5	51	57.95
ความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วย			
	มีโอกาสหาย	66	75.00
ความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย			
	หายจากโรค	53	63.23
ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย		74	84.09
	ขาดความรู้เรื่องโรค	74	84.09
	ขาดทักษะการดูแล	62	70.45
	ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง		

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ดังตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.27 เป็นเพศหญิง โดยร้อยละ 62.50 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี (M = 45.88, SD = 10.14, Min = 21, Max = 75 ปี) ส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.36 รายได้ต่อเดือนมากว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.33 ซึ่งรายได้เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 44.32 และมีเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 63.64 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีความคิดว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนกับคนอื่น ร้อยละ 94.32 และมีผู้สนับสนุนค่าใช้จ่าย ร้อยละ 54.50 ซึ่งเป็นพี่น้อง รองลงมาร้อยละ 31.80 เป็นคู่สมรส และนอกจากนี้ยังมีผู้สนับสนุนในเรื่องการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 93.18 เป็นเครือญาติ รองลงมาร้อยละ 52.27 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.95 ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยนาน 2 - 5 ปี (M=6.21, SD=3.90) และร้อยละ 32.95 ต้องดูแลนาน 6-10 ปี กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด หรือร้อยละ 75.00 มีความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยและคิดว่าผู้ป่วยมีโอกาสหรือหายได้หากรับประทานยาและรักษาต่อเนื่องรวมทั้งไม่ดื่มสุรา และใช้สารเสพติดอื่นๆ และร้อยละ 63.23 มีความหวังในการดูแลผู้ป่วย คือ การหายจากโรค รองลงมาร้อยละ 37. 50 มีความหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ไม่ เป็นภาระ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 84.09 ขาดความรู้เรื่องโรค การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาร้อยละ 70.45 ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่งผลกระทบ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล (N=88)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	60	68.19
	หญิง	28	31.81
อายุ	(M = 20, SD = 10.14 Min = 30 Max = 60 ปี)		
	21-40	44	50.00
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล/สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย/ บิดา-มารดา		37	42.05
	รักใคร่กันดี	79	89.77

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะอาการ (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)		
นอนไม่หลับ เที่ยวนอกบ้าน	70	79.55
หงุดหงิด/ก้าวร้าว/ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น	68	77.27
แหล่งสนับสนุนที่คอยช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย*		
พี่น้อง	47	53.41
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางจิต (M = 2.32 SD = 0.781 Min = 1 Max = 30 ปี)		
มากกว่า 2-5	48	54.55
6-9	29	32.95
ผู้ป่วยคิดว่าผู้ดูแลมองตนเอง (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)		
ยอมรับการเจ็บป่วย	74	84.09

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ดังตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.18 เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.00 มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี (M = 45.88, SD = 10.14) โดยร้อยละ 42.05 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบิดา มารดา รองลงมา ร้อยละ 22.73 เป็นพี่น้อง เป็นคู่สมรส ร้อยละ 19.32 เป็นบุตร ร้อยละ 13.64 ผู้ป่วยกับกลุ่มตัวอย่างมีความรักใคร่กันดี ร้อยละ 89.77 ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยมีพฤติกรรมนอนไม่หลับ เที่ยวนอกบ้าน ร้อยละ 79.55 รองลงมา ร้อยละ 77.27 มีอาการหงุดหงิด/ก้าวร้าว และร้อยละ 38.63 ไม่รับประทานยา ร้อยละ 35.23 มีอาการซึมเศร้า/แยกตัว โดยร้อยละ 53.41 มีพี่น้องคอยช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีร้อยละ 54.55 มีระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 2-5 ปี และร้อยละ 84.09 ยอมรับกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีประมาณร้อยละ 42.04 ที่คิดว่าเป็นภาระในการดูแล

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเข้มแข็งอดทนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (N=88)

ความเข้มแข็งอดทน	M	SD	ระดับความเข้มแข็ง
1. ด้านความรู้สึกท้าทาย	2.01	0.34	สูง
2. ด้านการมีอำนาจควบคุม	1.83	0.17	สูง
3. ด้านความมุ่งมั่น	1.51	0.28	สูง
โดยรวม	1.79	0.19	สูง

2. ตารางที่ 3 ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งอดทนโดยรวม อยู่ในระดับสูง (M= 1.79, SD= 0.19) สำหรับรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ ด้านความรู้สึกท้าทาย มีค่าคะแนนสูงสุด (M= 2.01, SD= 0.34) รองลงมา คือ ด้านการมีอำนาจควบคุม (M= 1.83, SD= 0.17) และด้านความมุ่งมั่น (M= 1.51, SD= 0.28) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N=88)

พฤติกรรมการดูแล	M	SD	ระดับของพฤติกรรม
1. ด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค	2.56	0.30	มาก
2. ด้านการบริหารยา	2.53	0.33	มาก
3. ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ	2.30	0.35	มาก
โดยรวม	2.44	0.24	มาก

3. ตารางที่ 4 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 2.44, SD = 0.24) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน คือ ด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 2.56, SD = 0.30) รองลงมา คือ ด้านการบริหารยา (M = 2.53, SD = 0.33) และด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (M = 2.30, SD = 0.3) ตามลำดับ

_13-1068(121-135)P4.indd 130 9/24/13 3:14:35 PM

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (N = 88)

ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ	พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล			
	ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ	ด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค	ด้านการบริหารยา	โดยรวม
ความมีอำนาจควบคุม	0.27**	0.03	0.04	**0.24***
ความมุ่งมั่น	0.36	-0.01	**-0.26***	0.14
ความรู้สึกท้าทาย	0.12	0.05	0.01	0.10
โดยรวม	**0.25***	-0.09	0.03	**0.10**

P < .05*, p < .01**

4. ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล โดยรวมของผู้ดูแล (r = 0.10, p >.05) แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ ด้านความมีอำนาจควบคุม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลโดยรวมของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.24, p < .05; r = 0.27, p < .01) นอกจากนี้ยังพบว่าความเข้มแข็งอดทนด้านใจจิตใจ โดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.25, p<.05) ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจด้านความมุ่งมั่นพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.26, p<.05)

การอภิปรายผล

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปรอยู่ในระดับสูงทั้งหมด แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์กันในภาพรวม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลาย ๆ ปัจจัย เช่น เพศ อายุ และระดับ การศึกษา มีผลต่อความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและพฤติกรรมการดูแล (ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์, 2541) แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ดูแลมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ำลง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม และรายด้าน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งอดทน

ด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 1.79, SD = 0.19) แต่จากผลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.09 ขาดความรู้เรื่องโรค การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรองลงมา ร้อยละ 70.45 ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.36 ซึ่งการศึกษาเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เพียงพอ ขาดประสบการณ์และขาดทักษะการเรียนรู้วิธีการจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ถูกต้องและเหมาะสม (พิมลศรี จินา, 2553) แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความเชื่อว่าการเผชิญกับสถานการณ์หรือพฤติกรรมรุนแรงผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งท้าทาย ตนเองสามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือสิ่งเหล่านั้น จึงกล้าจะเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.27) ซึ่งโดยพื้นฐานความเชื่อทางสังคมและค่านิยมทางวัฒนธรรมมักคาดว่าเพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแลสมาชิกของครอบครัวที่เจ็บป่วยและเพศหญิงจะมีสัญชาติญาณของความเป็นผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบคนในครอบครัวและบุคคลที่ตนรักทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแล โดยรวมอยู่ในระดับมาก และเป็นน่าสังเกตว่า ผู้ดูแลได้ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค เป็นลำดับแรก และรองลงมาเป็นด้านการบริหารยา เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความตระหนักถึงความสำคัญของอาการเปลี่ยนแปลง และการรักษา ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเครือญาติ ร้อยละ 93.18 โดยเป็นบิดา มารดา คู่สมรส ซึ่งเป็นคนดูแลใกล้ชิด จะคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาสม่ำเสมอ และเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ด้วยความรัก ความห่วงใยและเอาใจใส่ และให้การยอมรับ แม้จะป่วยด้วยโรคจิตเภท (ทุลภา บุปผาสังข์, 2545)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

3.1 ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจโดยรวมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมพบว่าไม่สัมพันธ์กัน ($r= 0.10$, $p> .05$) สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ก็มิอาจทำนายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล จะต้องสัมพันธ์ทางบวกเสมอไป ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเผชิญกับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผิดปกติ หากเกิดขึ้นบ่อย ๆ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมเบื่อหน่าย ท้อแท้ เครียด อ่อนล้า (มยุรี กลับวงศ์, 2552) ซึ่งสาเหตุจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ ตามอาการที่คุกคาม และรบกวนตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในบางช่วงเวลาอยู่ในระดับต่ำ และรู้สึกเป็นภาระที่จะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปตลอดชีวิต (วันดี สุทธรังษี, 2539)

3.2 ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจด้านความมีอำนาจควบคุม มีความสัมพันธ์ทาง

บวก กับพฤติกรรมการดูแลโดยรวมของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.24$, $p < .05$; $r = 0.27$, $p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.27 และร้อยละ 93.18 เป็นเครือญาติ โดยเป็น บิดา มารดา คู่สมรส ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิด ให้ความรัก ความเมตตา ความเอาใจใส่ เอื้ออาทร เพราะโดยพื้นฐานของเพศหญิง ต้องทำหน้าที่ให้การดูแลสมาชิกของครอบครัวที่เจ็บป่วย (จีระพันธ์ สุริยงค์, 2550) และผู้ดูแลมีความเชื่อว่า ตนมีความสามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือเหตุการณ์ต่างๆโดยมองเหตุการณ์นั้นเกิดจากการกระทำของตนเองไม่ได้เกิดจากโชคชะตา อำนาจของผู้อื่น และมีความมั่นใจในการประเมินสถานการณ์ที่มากระทบ หรือสามารถจัดการกับความเครียดได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของมยุรี กลับวงค์ (2552) ที่พบว่าการที่ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่สูงด้วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ ทั้งนี้เพราะบางเวลาผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าว อาจทำให้เกิดความอ่อนล้า เหนื่อยล้าได้ แต่หากผู้ดูแลมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจระดับสูง ถึงจะมีความอ่อนล้า เหนื่อยล้า แต่ก็ยังมีพลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

3.3 ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจด้านความมุ่งมั่น มีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.26$, $p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าหายจากโรค และไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคจิต (พิมลศรี จินา, 2553) ทำให้ไม่ยอมร่วมมือในการรักษาในระยะที่ให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมอาการด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Kaplan & Sadock, 1995) เมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา จึงทำให้มีอาการกำเริบ ผู้ดูแลก็จะเพียรพยายามให้ผู้ป่วยรับประทานยา เพื่อให้อาการทางจิตดีขึ้น โดยที่ผู้ป่วยเองไม่รับรู้ถึงความเพียรพยายาม จึงพบว่าความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจ ด้านความมุ่งมั่นกับพฤติกรรมการดูแลด้านการบริหารยา มีความสัมพันธ์ทางลบ ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลต่ำลง เนื่องจาก มีความเบื่อหน่าย อ่อนล้า

ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล และช่วยเหลือในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งการดูแลเหล่านี้ ทำให้ผู้ดูแลต้องเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ในด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ พูดคุยให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ที่ถูกล้อเลียน ($M = 2.57$, $SD = 0.60$) และคอยตักเตือนไม่ให้ผู้ป่วยดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด ($M = 2.51$, $SD = 0.69$) ผู้ดูแลแสดงให้เห็นว่ามีความมุ่งมั่นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลมีความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจสูง ก็จะสามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยได้ดี จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดี และควรเสริมสร้างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ

_13-1068(121-135)P4.indd 133 9/24/13 3:14:36 PM

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้อาจเป็นสิ่งกระตุ้นให้พยาบาลได้พยายามศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งอดทน ด้านจิตใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องในพฤติกรรมการดูแลด้านการบริหารยา ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออาการทุเลาลงผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าหายจากโรค และไม่ยอมรับประทานยาต่อเนื่องมีผลทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายและอ่อนล้าในการดูแลผู้ป่วย

2. ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาเชิงลึกถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจของผู้ดูแล เพื่อ จะได้ข้อมูลที่ชัดเจนละเอียดมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การดูแล ช่วยเหลือและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ หนูแก้วคุณนพรัตน์ ไชยชำนิ และคุณดวงสมร พรหมคง ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเครื่องมือวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งแนวคำถามที่ชัดเจนและครอบคลุมในประเด็นที่ทำการศึกษา

บรรณานุกรม

จีระพันธ์ สุริยงค์.(2550). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.* โรงพยาบาลสวนปรุง, เชียงใหม่.

ทุลภา บุปผาสังข์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเวช.* วิทยานิพนธ์การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

พิมลศรี จินา. (2553). *พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่กลับมารักษาซ้ำและที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้.* สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มยุรี กลับวงค์. (2552) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 15* (1), 57-75.

มาโนช หล่อตระกูล. (2548). โรคจิตเภท. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 122-134). กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

วนิดา เปรียญจม. (2546). *ความเข้มแข็งอดทนของผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.* วิทยานิพนธ์

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วาสนา ปานดอก. (2545). *กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิมลศรี จินา. (2553). *พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่กลับมารักษาซ้ำและที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้.* สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In G. S. Sanders, & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of health and illness* (pp. 3-32). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Kobasa. S. C. Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study, *Journal of Personality and Social Psychology, 42*(1), 168-177.

Maddi, S. D. & Kobasa, S. C. (1991). The development of hardiness, In A Monat, & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping an anthology* (3rd ed., pp. 245-257). New York: Columbia University Press.

Pollock, S. E. (1999). Health-related hardiness with different ethic populations. *Holistic Nursing Practice, 13 (3)*, 1-10.

Polit, D. F. & Hungle, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods.* Philadelphia PA: Lippincott.

Salleh. M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay Families. *Acta Psychiatric Scandinavia, 98,* 180-184.

Tungpunkam, P. (2000). *Staying in balance: Skill and role development in psychiatric care giving.* Unpublished Doctor Thesis, University of California San Francisco, San Francisco.