ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

SELECTED FACTORS RELATED TO RESILIENCE QUOTIENT OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS IN COMMUNITY

*เทียนทอง หาระบุตร, พย.ม. (Tieantong Harabutra, M.N.S., RN)***

*เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, ปร.ด. (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D., RN)****

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study 1) The level of Resilience Quotient of schizophrenic patients' caregivers in community, and 2) relationships between the factors related to Resilience Quotient of schizophrenic patients' caregivers in the community and their relationships among age, stress, self-esteem, knowledge, and social support. The subjects were 168 schizophrenic patients' caregivers who followed up in the Out Patients department of four Psychiatric hospitals and were selected by purposive sampling method. The research instruments consisted of the personal data record, stress test, self-esteem scale, knowledge scale, social support scale, and resilience quotient test. The instruments were tested for content validity by 5 professional experts. Cronbach,s alpha coefficient of the scale were .88, .87, .76, .96, and .84 respectively. Data were analyzed by using Percentage, Mean, Standard deviation, Pearson' s Product Moment Correlation (r) and Chi-Square (X^2) ,Statistical significance level was at .05.

Major results of this study were as follows:

1. The level of Resilience Quotient of schizophrenic patients' caregivers in community had mean equal 57.80 and standard deviation equal 7.38. The 60.7 % of subjects had normal level of the Resilience Quotient.

2. Age and self-esteem were positively correlated to resilience quotient of schizophrenic patients' caregivers in community at level of .05.

3. The level of stress was negatively correlated to resilience quotient of schizophrenic patients' caregivers in community at level of .05.

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 กรมสุขภาพจิต

*** Corresponding, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: dpennapa@gmail.com

_14-0607(001-152)P3.indd 113 8/5/14 11:23:41 AM

4. Knowledge, duration of caring and Social support were not correlated to resilience quotient of schizophrenic patients' caregivers in community.

5. Kind of diseases, between caregivers and schizophrenic patients were not relationship.

Keyword: The level of Resilience Quotient of schizophrenic patients' caregivers in community, Stress, S-esteem, Knowledge, Social support

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1)ระดับพลังสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับ พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 168 คน จากโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต รวม 4 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88, .87, .76, .96 และ .84 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการทดสอบไคสแควร์โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบว่า 1) ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีค่าเฉลี่ย 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.38 ระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 2) อายุและการเห็นคุณค่าตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และ 3) ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 4)ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 5) ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกับพลังสุขภาพจิต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน, ความเครียด, คุณค่าในตนเอง, ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม

ความเป็นมาของปัญหา

จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชในปีงบประมาณ 2554 มีจำนวนรายใหม่ 89,388 ราย เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 89,388 ราย มีผู้มาใช้บริการต่อวัน 4,456 ราย และพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท อันดับ 1 ร้อยละ 36.05 (กรมสุขภาพจิต, 2554) กรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด (Deinstitutionalization) ถึงแม้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทางจิตทุเลาลงก็ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป มีปัญหาในการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Kane & Marder, 1993; Bae et.al., 2010) เนื่องจากความเสื่อมทางด้านการทำงานและความเสื่อมของสติปัญญาของผู้ป่วย การขาดการยอมรับจากสังคมและจากความเรื้อรังของอาการ (Anderson et al., 1986) ยังมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น เอะอะอาละวาด แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545; Bae et.al., 2010) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคาดเดาไม่ได้นั้น ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านร่างกายที่เกิดจากการมีเวลาพักผ่อนน้อย มีความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ (Basel et al., 2010) ส่วนด้านจิตใจเกิดจากความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย กลัวถูกผู้ป่วยทำร้ายหงุดหงิด โกรธ (Zanales, 2011) พลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นมาได้โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรงที่ตัวของบุคคลนั้น รวมทั้งให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ต้องเกิดจากความภาคภูมิใจทำให้เห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีแรงเกื้อหนุนต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิตเพื่อให้ใช้ศักยภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างถาวร (กรมสุขภาพจิต, 2549; ตันติมา ด้วงโยธา, 2553) พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตบุคคลจะมีความอดทนและพยายามที่จะหาทางออกเมื่อเจอปัญหา (Davis, 1999; กรมสุขภาพจิต, 2549; สมดี อนันต์ปฏิเวธ, วิภา เพ็งเสงี่ยม และจันทร์เพ็ญ อัครสถิตานนท์, 2554) พลังสุขภาพจิตประกอบด้วยความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 2) ด้านกำลังใจ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ดูแล เช่น บุคลิกภาพ ความเครียด และกลวิธีจัดการกับความเครียด (Maslach, 1986) เนื่องจากการต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย และไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้ (Cherniss, 1980) นอกจากนี้ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต คือ ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยเพราะการที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะความรุนแรงของโรค ชนิดและอาการแสดงที่แตกต่างกันทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและขาดพลังใจในการดูแล ซึ่งลักษณะอาการของโรคทางจิตจะส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดและการเอาชนะภาวะวิกฤติของ

_14-0607(001-152)P3.indd 115 8/5/14 11:23:42 AM

บุคคลที่แตกต่างกัน (ตันติมา ด้วงโยธา, 2553; Buadz et al., 2010) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ผู้ป่วยยอมรับผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา พี่ น้อง สามี ภรรยา และบุตรด้วยความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้ความร่วมมือในการให้การดูแลแตกต่างกัน (เสาวลักษณ์ โพธา, 2549; Dangdomyouth, 2006; Thompson, 1999) ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจศึกษาระดับของพลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในบริบทของสังคมไทยเพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นคงทางกายและจิตใจส่งผลให้มีความพร้อมที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สมมติฐานทางการวิจัย

1. ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับปกติ

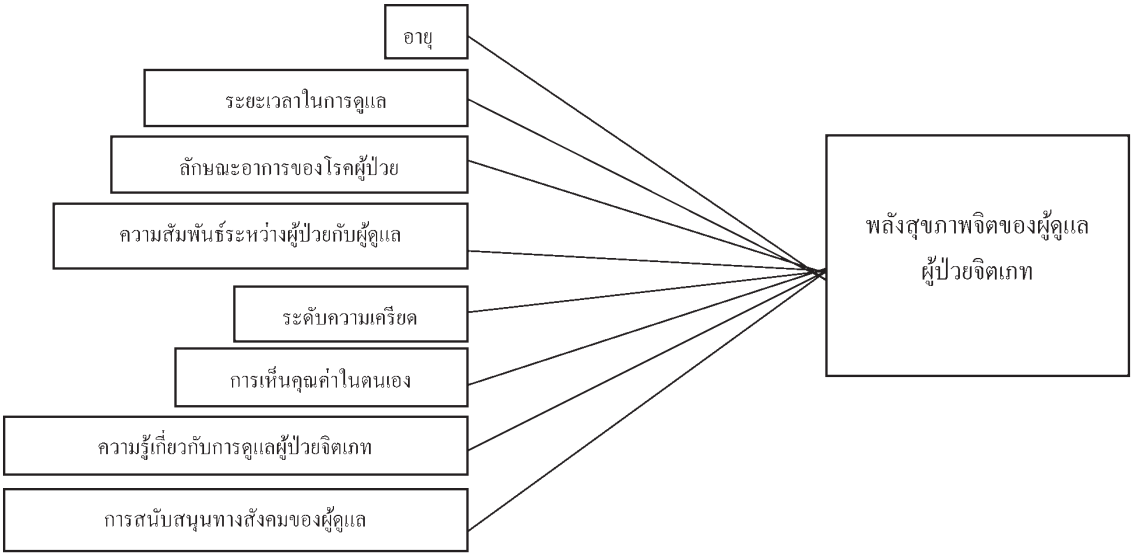
2. อายุ ระยะเวลาในการดูแล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. ระดับความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

_14-0607(001-152)P3.indd 116 8/5/14 11:23:42 AM

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พาผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทย์อเมริกัน (ICD-10) มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 168 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ดูแลมีอายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายที่เป็นบุคคลในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตรและญาติ เป็นต้นหรือมีความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยาซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใดๆ จากการดูแล

3. สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลแบบเจาะจง จากโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตรายภาค 4 แห่ง ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

_14-0607(001-152)P3.indd 117 8/5/14 11:23:42 AM

ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคเหนือ

2. แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสถิติข้อมูลในการมาใช้บริการในปีที่ผ่านมาเป็นตัวกำหนด และหาสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลจิตเวช ทั้ง 4 แห่ง ในระหว่างวันที่ 2-20 สิงหาคม 2555 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเครียด ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิตพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) มาใช้วัดผู้ดูแล ซึ่ง ผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (self esteem) ตามแนวคิด Rosenberg (1980) ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาโดย ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีกุล (2545) มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดยแก้วตา มีศรี (2554) ปรับจำนวน 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ คำถามเชิงลบ 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดยอุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2549) องค์ประกอบพลังสุขภาพจิต รวม 3 ด้านได้แก่ ความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการกับปัญหา จำนวน 20 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินในส่วนที่ 2, 3, 4 ,5 และ 6 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่าความตรง (Content validity) เท่ากับ .90, .90, 1.0,1.0 และ 1.0 ตามลำดับ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach's Alpha ได้ค่าความเที่ยงจาก แบบประเมินระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิต เท่ากับ 0.88, 0.87, 0.76, 0.96, 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ภายหลังได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนด

ผู้วิจัยได้ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลไปลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และดำเนินการวิเคราะห์ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Chi-Square

สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าโครงการวิจัยส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 48.08 กลุ่มที่มีอายุมากที่สุดเป็นกลุ่ม 50-59 ปี ร้อยละ 30.6 และรองลงมา กลุ่ม 40-49 ร้อยละ 25.5 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 10.73 ปี กลุ่มที่มีระยะเวลาดูแลมากที่สุดเป็นกลุ่ม 1-5 ปี ร้อยละ 39.4 รองลงมา กลุ่ม 6-10 ปี ร้อยละ 27.3 สถานภาพสมรสเป็นผู้ดูแลที่มีคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 75.6 โสด ร้อยละ 13.9 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมมากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมา ปริญญาตรี ร้อยละ 25.0 และมัธยม ร้อยละ 21.1 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 50.0 และรับจ้าง ร้อยละ 19.4 มีรายได้มากที่สุด ร้อยละ 90.0 มีรายได้มากกว่า 10,000 ร้อยละ 40.9 รองลงมา 5,001-7,500 ร้อยละ 31.4 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยมากที่สุดเป็นแม่ ร้อยละ 27.8 รองลงมาเป็นพี่ ร้อยละ 18.9 ผู้ป่วยเคยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 67.2 และลักษณะของโรคผู้ป่วยที่มาใช้บริการมากที่สุด คือ F20.0 (Paranoid schizophrenia) ร้อยละ 48.9 รองลงมา F20.3 (Undifferentiated schizophrenia) ร้อยละ 27.2

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในรายภาคโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 168 คน)

ภาพรวม/ภาค	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับพลังสุขภาพจิต
รวม 4 ภาค	57.80	7.38	สูง
ด้านความทนทานทางอารมณ์	29.89	4.62	สูง
ด้านกำลังใจ	13.30	2.03	สูง
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.58	2.74	สูง
ภาคเหนือ	60.45	4.53	สูง
ด้านความทนทานทางอารมณ์	31.27	2.78	สูง
ด้านกำลังใจ	13.90	1.57	สูง
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.27	1.95	สูง
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	55.40	6.99	ต่ำ
ด้านความทนทานทางอารมณ์	28.37	4.43	ต่ำ
ด้านกำลังใจ	13.00	2.18	ต่ำ
ภาคกลาง	57.20	7.15	ต่ำ
ด้านความทนทานทางอารมณ์	29.58	4.35	ต่ำ
ด้านกำลังใจ	13.05	1.94	ต่ำ
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.55	2.69	ต่ำ
ภาคใต้	62.54	8.10	สูง
ด้านความทนทานทางอารมณ์	33.00	8.10	สูง
ด้านกำลังใจ	13.90	1.90	สูง
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.63	2.80	สูง

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภาพรวม และรายภาค พบว่า ภาพรวมมีพลังสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.38 ผลการวิเคราะห์รายภาค พบว่า ภาคเหนือ ภาคใต้ มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ส่วนภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ

3. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพลังสุขภาพจิตรายด้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาพรวม 4 ภาค พบว่าระดับพลังสุขภาพ

จิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ย 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.38 ระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 เมื่อวิเคราะห์รายภาค พบว่า ภาคเหนือมีค่าเฉลี่ย 60.45 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.53 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ย 55.40 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.99 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.5 ภาคกลาง มีค่าเฉลี่ย 57.20 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.15 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 52.4 ระดับสูง ภาคใต้ มีค่าเฉลี่ย 62.54 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.10 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.8

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคใต้มีพลังสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ (62.54, 60.45, 57.20 และ55.40)

4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. อายุ	.310	.000
2. ระยะเวลาในการดูแล	.070	.364
3. ระดับความเครียด	-.231	.003
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง	.232	.002
5. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.062	.427
6. การสนับสนุนทางสังคม	.146	.059

จากตารางที่ 2 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับ

_14-0607(001-152)P3.indd 121 8/5/14 11:23:44 AM

พลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

5. ข้อมูลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 พิจารณารายลักษณะอาการโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบด้วย F20.0, F20.1, F20.3, F20.4, F20.6 อยู่ในระดับปกติ ยกเว้น F20.2, F20.9 และ F20.5 มีระดับปกติ และต่ำเท่ากัน

6. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7

7. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกับพลังสุขภาพจิต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาพรวม พบว่า ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ย 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.38 ระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60 รายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์ อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.1 ด้านกำลังใจ อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 23.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 76.8 ซึ่งเป็นเรื่องที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องรักษาสมดุลให้อยู่ในระดับปกติถึงแม้จะประสบความยุ่งยากในชีวิตก็ตาม ซึ่งสามารถพัฒนาได้จากการให้ความรู้เพิ่มพูนประสบการณ์การดูแลจะสามารถช่วยพัฒนาผู้ที่พลังสุขภาพจิตระดับต่ำให้เปลี่ยนสู่ระดับปกติได้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

อายุกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 40-49 และ 50-59 ปี ที่มีถึงร้อยละ 29.8 และ 28.6 เป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเห็นได้ว่าอายุช่วงดังกล่าวเป็นช่วงที่ผู้ดูแลต้องรับภาระมาก และต้องใช้พลังสุขภาพจิตระดับสูงในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่า ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 10.17 ปี กลุ่มที่มีระยะเวลาดูแลมากที่สุดเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 40.5 และไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอธิบายได้ว่าผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถรักษาพลังใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของตันติมา ด้วงโยธา (2553) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต เนื่องจากระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในระยะแรกๆ ผู้ดูแลจะมีความเครียดสูงเมื่อเวลาผ่านไปการดูแลมีระยะเวลายาวนานมากขึ้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวได้

ระดับความเครียดกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์

ทางลบกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลมีระดับเครียดปานกลาง หรือสูงจะส่งผลถึงพลังสุขภาพจิตลดลงไปด้วยและหากผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตสูงย่อมไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดในระดับต่ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zauszniewski et al. (2011) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรง ร้อยละ 6

การเห็นคุณค่าในตนเองกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะส่งผลให้พลังสุขภาพจิตระดับสูงตามไปด้วยการที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนมีคุณค่าจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยของตนเองไม่รู้สึกว่าเป็นเรื่องยากลำบาก

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่า ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.9 แม้จะไม่มีระดับการศึกษาที่สูงแต่อาศัยประสบการณ์ในการดูแลที่สำคัญมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด ของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งมาจากการ สั่งสมจากระยะเวลาในการเรียนรู้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อวันเวลาผ่านไปทำให้บุคคลได้เรียนรู้ความเป็นจริงมากขึ้นก็คือการดูแลผู้ป่วยนั่นเอง

การสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตที่ระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากค่าเฉลี่ยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.80) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ดูแลมีพลังความสามารถที่จะยืนหยัดด้วยตนเองมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจและอยากช่วยเหลือผู้ป่วยแม้จะมีหรือไม่มีสิ่งมาสนับสนุนก็สามารถดำรงชีวิตและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้

เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการให้กิจกรรมการพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลเพิ่มพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการปัญหา

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. เพื่อเป็นแนวทางให้การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั่วประเทศ

2. เพื่อเป็นแนวทางให้ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชวางแผนให้การสนับสนุนทุกด้านทั้งกิจกรรมและข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดโปรแกรมการจัดการความเครียด การจัดการกับปัญหา การลดความทุกข์จากการดูแลผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับการสนับสนุนด้านพลังสุขภาพจิต พร้อมทั้งให้การปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

_14-0607(001-152)P3.indd 123 8/5/14 11:23:44 AM

ด้านการศึกษาวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของพลังสุขภาพจิต จึงสามารถนำผลที่ได้จากงานวิจัยไปพัฒนาเป็นโปรแกรมที่เพิ่มพลังสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับผู้ดูแล

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องพลังสุขภาพจิตของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังประเภทอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับความกรุณาจากคณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านซึ่งไม่สามารถเอ่ยนามได้ทั้งหมดที่กรุณาให้ความรู้ และข้อเสนอแนะจนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์และลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยขอมอบให้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเวชทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

แก้วตา มีศรี. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ตันติมา ด้วงโยธา.(2553).*การศึกษาและพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

กรมสุขภาพจิต. (2549). *โปรแกรมประเมินพลังสุขภาพจิต 20 ข้อ และ 50 ข้อ.* สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2554). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต.* นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). *ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง.* เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

Dangdomyouth, P., Stern, P. N., Oumtanee, A., & Yunibhand, J. (2008). Tactful monitoring: how Thai caregivers manage their relative with schizophrenia at home. *Issues in Mental Health Nursing, 29* (1), 37-50

Davis, N. J. (1999). *Resilience Working Paper: Status of the Research and Research-based Programs.* Retrieved March 02. 2014, from http://familyservices.bc.ca/