

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*
**SELECTED FACTORS RELATED TO PSYCHOLOGICAL DISTRESS
 IN FAMILY CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA**

วัชรินทร์ เกียงภา, พย.บ. (Watchareporn Kiangpha, BNS.)**

พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. (Patcharin Nintachan, Ph.D.)***

โสภินิ แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, Ph.D.)****

วีไล นานา, RN, Ph.D. (Wilai Napa, Ph.D.)*****

Abstract

Objective: This descriptive correlational research design aimed at investigating relationships of resilience, social support, perceived severity of illness, burden, gender, age, relationship of caregiver with patient, and duration of care with psychological distress in family caregivers of persons with schizophrenia.

Methods: The participants were 93 caregivers of patients with schizophrenia who used the service in the Psychiatric outpatient department of a hospital in the Central region. The research instruments including the socio-demographic

questionnaire, the Psychological Distress Questionnaire, Resilience Inventory, Social Support Scale, Perceived Severity of Illness Scale, and the Burden Interview for the caregivers of patients with chronic illness were used to collect data. Descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient and point biserial correlation coefficient were used for data analysis.

Results: The findings revealed that perceived severity of illness, burden and age were significantly and positively correlated with the psychological distress in caregivers of schizophrenic patients ($r_s = .617, .632, \text{ and } .249$;

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University), E-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

*****อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University)

วันที่รับ (received) 21 พฤศจิกายน 2562 วันที่แก้ไข (revised) 4 เมษายน 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 6 พฤษภาคม 2563

$p = .000, .000, \text{ and } .016, \text{ respectively}$). Resilience and social support were significantly and negatively correlated with the psychological distress in caregivers of schizophrenic patients ($r_s = -.294, -.496; \text{ and } p = .004 \text{ and } .000, \text{ respectively}$). Gender and relationship of caregiver with patient were significantly correlated with the psychological distress in caregivers of schizophrenic patients ($r_{pb} = -.222 \text{ and } -.246; p = .032 \text{ and } .018, \text{ respectively}$). Duration of care was not correlated with psychological distress in caregivers of schizophrenic patients.

Conclusion: Results from this study could be applied to develop guidelines to reduce psychological distress of caregivers of schizophrenic patients.

Keywords: Psychological distress, Caregivers, Persons with schizophrenia, Factors

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความแข็งแรงในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 93 ราย เครื่องมือที่ใช้

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภทและแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .617, .632 \text{ และ } .249; p = .000, .000, \text{ และ } .016 \text{ ตามลำดับ}$) ความแข็งแรงในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.294 \text{ และ } -.496; p = .004 \text{ และ } .000 \text{ ตามลำดับ}$) เพศ และความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.222 \text{ และ } -.246; p = .032 \text{ และ } .018 \text{ ตามลำดับ}$) ส่วนระยะเวลาในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สรุป: ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัย

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม รายงานขององค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกมากกว่า 21 ล้านคน (World Health Organization, 2019) และจากการศึกษาโดยคณะทำงาน Global Burden of Disease เกี่ยวกับจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการใน 195 ประเทศทั่วโลกพบว่าโรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นอันดับที่ 15 จากจำนวน 328 โรค (Global Burden of Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017) และจากการสำรวจความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภทของประเทศสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 0.3 - 0.7 (American Psychiatric Association, 2013) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตคนไทยปี 2556 พบความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.7 (ปทานนท์ ขวัญสนธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) จากรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชภาพรวมทั้งประเทศ ประจำปีงบประมาณ 2560 ของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการในโรงพยาบาลจำนวน 480,266 ราย และเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว/ ผู้ดูแล และสังคมประเทศชาติด้านผลกระทบต่อผู้ป่วยนั้นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ผลกระทบต่อครอบครัว/ ผู้ดูแลนั้น ครอบครัว/

ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกิจกรรมประจำวัน ด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ และด้านการจัดการอาการทางจิตเมื่อมีอาการกำเริบ (McDonell, Short, Berry, & Dyck, 2003; Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006) สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทางด้านร่างกาย เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนเพลีย เป็นต้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552; รัชนิกร อุปเสน, 2541) ด้านจิตใจได้แก่ รู้สึกผิดและสูญเสีย หวาดกลัวเกี่ยวกับอนาคตของตนเองและผู้ป่วย (Yazici et al., 2016) รู้สึกเหนื่อยล้าต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดูแล (เอมิกา กลยณี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2558) มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (ชวนชม วงศ์ไชย, 2546; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543; Barbato, 1998; McDonell et al., 2003; Yusuf & Nuhu, 2011) วิตกกังวล และเศร้า (Mathew, Pathak, Rai, & Sangeeta, 2016) มีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง (psychological distress) เช่น ตื่นตระหนก กระวนกระวายใจเศร้า และรู้สึกไร้ค่า เป็นต้น (Kessler et al., 2010) จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศศรีลังกามีแนวโน้มเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ ร้อยละ 40 (Rodrigo et al., 2013) ในประเทศไนจีเรีย ร้อยละ 79.84 (Yusuf & Nuhu, 2011) ในประเทศจีน ร้อยละ 33.6 (Chen et al., 2016) ส่วนในประเทศไทยจากรายงานการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีภาวะกดดันด้านจิตใจ ร้อยละ 40 (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2557) ส่วนผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจนั้นเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องส่งผลให้มีค่าใช้จ่าย

เพิ่มมากขึ้นในการรักษาและฟื้นฟู (Lasebikan & Ayinde, 2013; Zhai, Guo, Chen, Zhao, & Su, 2013)

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีแนวโน้มมีภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนข้างสูง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกทางลบและปัจจัยที่ยังมีผลการศึกษาที่ไม่แน่นอน ดังนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2557; Dagaonkar et al., 2013; Magana, Ramirez Garcia, Hernandez, & Cortez, 2007; Mitsonis et al., 2010; Ukpong, 2006) ความรู้สึกเป็นภาระ (Dagaonkar et al., 2013; Magana et al., 2007) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2557; Yusuf & Nuhu, 2011) ความแข็งแรงในชีวิต และระยะเวลาการดูแล (Chen et al., 2016) ปัจจัยที่ยังมีผลการศึกษาที่ไม่แน่นอนได้แก่ 1) เพศ จากการศึกษาของมิสโซนิส และคณะ (Mitsonis et al., 2010) พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากกว่าในเพศชาย แต่มีบางการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากกว่าเพศหญิง (Ukpong, 2006; Yusuf & Nuhu, 2011) และมีการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ (Chen et al., 2016; Magana

et al., 2007) 2) อายุ จากการศึกษาของมากาเนา และคณะ (Magana et al., 2007) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ แต่การศึกษาของแมทิว และคณะ (Mathew et al., 2017) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้มีบางการศึกษาที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Mitsonis et al., 2010; Ukpong, 2006) และ 3) ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีการศึกษาที่พบว่า ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2557; Yusuf & Nuhu, 2011) แต่มีบางการศึกษาพบว่า ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Chen et al., 2016; Mitsonis et al., 2010)

แม้พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของบางตัวแปรกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวข้างต้นยังได้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน เช่น เพศ (Chen et al., 2016; Magana et al., 2007; Mitsonis et al., 2010; Ukpong, 2006; Yusuf & Nuhu, 2011) อายุ (Magana et al., 2007; Mathew et al., 2017; Mitsonis et al., 2010; Ukpong, 2006) ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2557; Chen et al., 2016; Mitsonis et al., 2010; Yusuf & Nuhu, 2011) เป็นต้น และบางตัวแปรเป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศ นอกจากนี้ในบริบทสังคมไทยยังไม่มีการศึกษาถึงความ

สัมพันธ์ของตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต และระยะเวลาในการดูแลกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบกับการสอบถามผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวนั้นบ่อยครั้งที่ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น มีความรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง หวาดกลัว เบื่อหน่าย เป็นต้น การเข้าใจถึงความเกี่ยวข้องของปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยที่ภาวะกดดันด้านจิตใจ (psychological distress) เป็นภาวะไม่สุขสบายทางใจซึ่งแสดงออกทางด้านความรู้สึกตื่นตระหนก สิ้นหวัง กระวนกระวายใจ หรือหงุดหงิด ซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกว่

การกระทำทุกอย่างต้องใช้ความพยายามอย่างหนัก และรู้สึกไร้ค่า (Kessler et al., 2002; 2010) การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแล เช่น อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การถูกตีตราในสังคม การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล เป็นต้น อันอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (นันทมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 2557; Kessler et al., 2010; Yusuf & Nuhu, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลากหลายที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งปัจจัยคัดสรรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล ดังนี้

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) เป็น

ความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต (adversity in life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life events) และสามารถฟื้นตัวนำพาตนเองผ่านอุปสรรคนั้นได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภนิม แสงอ่อน และทัศนาว ทวีคุณ, 2555) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกรอทเบอร์เกอร์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 'I have (ฉันมี...)' เป็นแหล่งสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีความแข็งแกร่งในชีวิต 'I am (ฉันเป็นคนนี้...)' เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล การมองเห็นคุณค่ายอมรับและเข้าใจตนเอง มีทัศนคติในแง่บวก' และ

'I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญ และจัดการกับปัญหาต่าง ๆ รวมไปถึงการมีทักษะทางสังคมที่ดี และการรู้จักควบคุมพฤติกรรมตนเองให้สามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม' (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995; 1997) บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจึงน่าจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ จากการศึกษาของ เซน และคณะ (Chen et al., 2016) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากกลุ่มคนอื่น เช่น บิดา/มารดา พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน หรือจากองค์กรต่าง ๆ โดยการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึกห่วงใยผูกพัน และเห็นอกเห็นใจ 2) ด้านการสนับสนุนทางทรัพยากร 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการให้คำชี้แนะให้คำปรึกษาและ 4) ด้านการยอมรับและการเห็นค่า (House, 1987; House, Umberson, & Landis, 1988) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557; Yusuf & Nuhu, 2011)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceive severity of illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางจิต ความรุนแรง ความถี่ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ดูแล (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตและพฤติกรรมเป็นระยะๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกหวาดกลัวเมื่อ

ต้องรับมือกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อันอาจทำให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (Magana et al., 2007; Mitonit et al., 2010) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557; Magana et al., 2007; Mitonit et al., 2010) นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง

ความรู้สึกเป็นภาระ (burden) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าถูกคุกคามและรบกวนความสุขของตน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การใช้ชีวิตประจำวัน และสถานะการเงิน ซึ่งเกิดจากสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Zarit, Reever, & Peterson, 1980) จากผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องซึ่งบางครั้งต้องเผชิญกับอาการทางจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง (Dagaonkar, et al., 2013; Magana et al., 2007)

เพศ (gender) ลักษณะที่บ่งบอกให้รู้ว่าเป็นชาย หรือ หญิง ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้บทบาทการดูแลผู้ป่วยในสังคมส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักจะเป็นเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงถูกคาดหวังจากครอบครัวและสังคมให้ต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (Dagaonkar et al., 2013) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างเพศ

กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผ่านมายังได้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน โดยที่ การศึกษาของมิสโซนิส และคณะ (Mitsonis et al., 2010) พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะ กัดดันด้านจิตใจสูงกว่าในเพศชาย แต่มีบางการ ศึกษาพบว่าผู้ดูแลเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีภาวะ กัดดันด้านจิตใจมากกว่าผู้ดูแลเพศหญิง (Ukpong, 2006; Yusuf & Nuhu, 2011) และมีการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ (Chen et al., 2016, Magana et al., 2007)

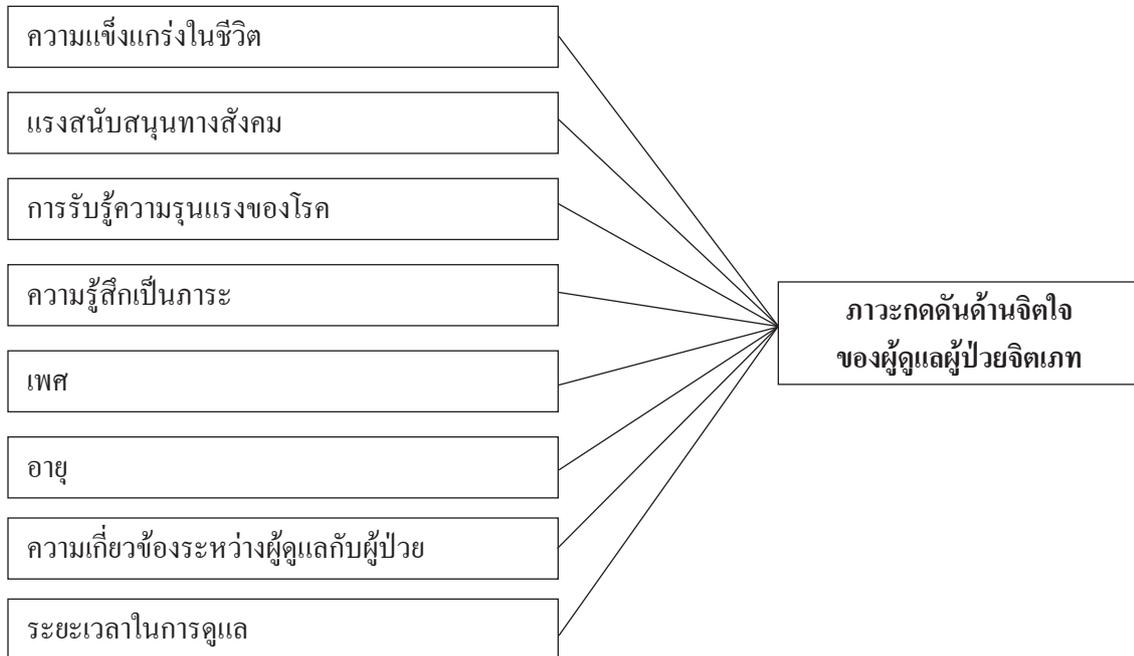
อายุ (age) จากการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง อายุกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ที่ผ่านมายังได้ผลการศึกษาไม่แน่นอน โดยที่การศึกษาของแมทเทิว และคณะ (Mathew et al., 2017) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ การศึกษาของมากาโน่ และคณะ (Magana et al., 2007) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ กัดดันด้านจิตใจ นอกจากนี้มีบางการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Mitsonis et al., 2010; Ukpong, 2006)

ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย (relationship of caregiver with patient) ความ เกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทนั้น ส่วน ใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยมักมีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา/ มารดา สามี/ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือญาติอื่น ๆ (นัทธมนต์ จิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557; Chen et al., 2016; Magana et al., 2007; Mitonit et al., 2010; Singh & Sousa, 2011; Yusuf

& Nuhu, 2011) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยกับภาวะ กัดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ยังได้ผลการศึกษาไม่แน่นอน โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่เป็นญาติสายตรง ได้แก่ บิดา/มารดา สามี/ ภรรยา พี่น้อง บุตร มีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดัน ด้านจิตใจสูงกว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติห่าง ๆ เช่น ลุง ป้า น้า อา เป็นต้น (นัทธมนต์ จิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557; Yusuf & Nuhu, 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นญาติ สายตรงนั้น มักจะรู้สึกคิดและโทษตัวเองที่อาจเป็น สาเหตุให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยโรคจิตเภท เกิดความรู้สึก เกรียด กังวลต่ออนาคตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ (Chen et al., 2016; Mitsonis et al., 2010)

ระยะเวลาในการดูแล (duration of care) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นช่วงเวลา ที่ ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของ เซน และคณะ (Chen et al., 2016) ที่ศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่ ศูนย์สุขภาพจิตแห่งหนึ่งในประเทศจีน ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความ สัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ

อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของ โรค ความรู้สึกเป็นภาระ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้อง ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

ความแข็งแรงในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ความแข็งแรงในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลางในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องนานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ไม่มีความผิดปกติด้านความคิดและความจำ โดยกรณีผู้ดูแลหลักอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องมีคะแนน The Set Test มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน และสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลัก Power analysis (Cohen, 1988) จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท (นัทธมนต์ นิรมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 2557; Chen et al., 2016; Dagaonkar et al., 2013; Magana et al., 2007; Mitsonis et al., 2010; Ukpong, 2006; Yusuf & Nuhu, 2011) จึงกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effects size) และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 84 ราย อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 93 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความเห็นชอบการดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากได้รับความเห็นชอบผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา กระบวนการเก็บข้อมูล และเน้นให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ และมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอเป็นภาพรวมหากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือ

ยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินเกี่ยวกับความนึกคิดและการจำ (The Set Test) พัฒนาโดยไอแซก และเคนนี่ (Isaacs & Kennie, 1973) เพื่อใช้ประเมินความนึกคิดและความจำในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แบบประเมินประกอบด้วย 4 หมวด ประกอบด้วย ข้อสี่ สัตว์ผลไม้ และจังหวัด หมวดละ 10 ข้อ คะแนนเต็มแต่ละหมวด 10 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามีความคิดความจำปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยผู้วิจัยประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2: แบบประเมินภาวะกดดันด้าน

จิตใจของ Kessler 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Kessler Psychological Distress Scale 6 items [K-6]) พัฒนาโดยเคสเซอร์ และคณะ (Kessler et al., 2002) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2557) ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ดังนี้ 1) รู้สึกขวัญอ่อน ประสาทเสีย 2) รู้สึกสิ้นหวัง 3) รู้สึกกระวนกระวายใจไม่สงบ 4) รู้สึกพยายามฝืนใจทำ 5) รู้สึกเศร้ามาก 6) รู้สึกไร้ค่า มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (0 - 4 คะแนน) คะแนนรวม

มีค่าตั้งแต่ 0 - 24 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .81

ส่วนที่ 3: แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) ตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grothberg, 1995; 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) “I Have (ฉันมี..)” 2) “I am (ฉันเป็น..)” และ 3) “I can (ฉันสามารถ..)” คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28 - 140 คะแนน แปลผลคะแนนสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .94

ส่วนที่ 4: แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจิราพร รักการ (2549) ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของเฮาส์ (House, 1980) ใช้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางทรัพยากร 3) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นค่า คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) แบบวัดนี้มีคะแนนรวมเป็นค่าเฉลี่ยมีค่าตั้งแต่ 1.00 - 5.00 คะแนน แปลผลคะแนนเฉลี่ยรวมของแรงสนับสนุนทางสังคมสูง หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคม จากการหาค่าความ

เชื่อมั่นของแบบวัดนี้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .90

ส่วนที่ 5: แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภท ซึ่งชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) พัฒนาตามแนวคิดของโอเวอร์ฮอล และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) ใช้ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวยาว โดยปลายด้านซ้ายมีค่าเท่ากับ ศูนย์ และมีค่ากำกับไว้ว่า ไม่มีอาการ ปลายด้านขวามีค่าเท่ากับ 10 คะแนน และมีค่ากำกับไว้ว่า มีอาการมากที่สุด คะแนนแต่ละข้อมีค่าเท่ากับ 0 - 10 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 180 คะแนน แปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .95

ส่วนที่ 6: แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit burden Interview) ซึ่งพัฒนาโดยซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดยชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ, (2554) ใช้ประเมินความรู้สึกระงในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ข้อคำถามครอบคลุมองค์ประกอบภาระในการดูแล 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (0 - 4

คะแนน) คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 88 คะแนน แปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาวะการดูแลสูง จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากเท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการศึกษาจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง และประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลงานแผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน โดยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันและเวลาที่กำหนด จัดเตรียมสถานที่สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในเบื้องต้น ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลแผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแล้ว ขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจ

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามนั้น ผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน จะช่วยดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และหากในกรณีที่ผู้ป่วยที่มาไม่มีผู้ดูแลหลักพามาโรงพยาบาล ผู้วิจัยขออนุญาตเพื่อไปเก็บข้อมูลที่บ้าน ในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินด้านความคิดความจำซึ่งประเมินโดยแบบประเมินเกี่ยวกับความนึกคิดและการจำ (The Set Test) ผู้ดูแลที่มีคะแนนความคิดความจำน้อยกว่าเกณฑ์น้อยกว่า 25 คะแนน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตแจ้งข้อมูลต่อพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเพื่อส่งต่อข้อมูลในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ อายุ และระยะเวลาในการดูแล กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง normal distribution ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ Kolmogorov - Smirnov test พบว่าข้อมูลภาวะกดดันด้านจิตใจไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ และความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับ

ผู้ป่วย กับภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 รายพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.4 มีอายุเฉลี่ย 53.44 (SD = 15.42) อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 37.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.1 สำเร็จการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 55.9 รายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 65.4 ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 34.4 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1- 5 ปี ร้อยละ 52.4 ในช่วง 6 - 10 ปี ร้อยละ 18.3 และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 29 โดยที่ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละช่วงมีค่าเฉลี่ยภาวะกีดกันด้านจิตใจใกล้เคียงกัน คือ 10.45 - 11.18

2. ภาวะกีดกันด้านจิตใจ ความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความรู้สึกเป็นภาระ

2.1 ภาวะกีดกันด้านจิตใจ: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะกีดกันด้านจิตใจ อยู่ในช่วง 4 - 24 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 10.67 คะแนน (SD = 4.58) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะกีดกันด้านจิตใจมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจำนวน 38 คน (ร้อยละ 40.9) เมื่อพิจารณาตามคะแนนรายด้านของภาวะกีดกันด้านจิตใจ (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะกีดกันด้านจิตใจ ดังนี้ (1) ด้านความรู้สึกขวัญอ่อน ประสาทเสีย ส่วนใหญ่รู้สึกเป็นประจำ ร้อยละ 34.4 (2) ด้านความรู้สึกสิ้นหวังและด้านความรู้สึกกระวนกระวายใจไม่สงบ ส่วนใหญ่รู้สึกนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 32.3 (3) ด้านความรู้สึกพยายามฝืนใจทำ ส่วนใหญ่รู้สึกนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 43 (4) ด้านความรู้สึกเศร้ามาก ส่วนใหญ่รู้สึกนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 40.9 และ (5) ด้านรู้สึกไร้ค่า ส่วนใหญ่รู้สึกนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 41.9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนรายด้านของภาวะกีดกันด้านจิตใจ (n = 93)

ภาวะกีดกันด้านจิตใจ	เป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นาน ๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)
1. รู้สึกขวัญอ่อน ประสาทเสีย	32 (34.4)	25 (26.9)	23 (24.7)	12 (26.9)	1 (1.1)
2. รู้สึกสิ้นหวัง	5 (5.4)	25 (26.9)	29 (31.2)	30 (32.3)	4 (4.3)
3. รู้สึกกระวนกระวายใจไม่สงบ	9 (9.7)	12 (12.9)	27 (29.0)	30 (32.3)	15 (16.1)
4. รู้สึกพยายามฝืนใจทำ	10 (10.8)	18 (19.4)	19 (20.4)	40 (43.0)	6 (6.5)
5. รู้สึกเศร้ามาก	4 (4.3)	7 (7.5)	26 (27.9)	38 (40.9)	18 (19.4)
6. รู้สึกไร้ค่า	2 (2.2)	4 (4.3)	17 (18.3)	39 (41.9)	31 (33.3)

2.2 ความแข็งแรงในชีวิต: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตอยู่ในช่วง 83 - 140 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 116.39 คะแนน (SD = 10.94) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยจำนวน 41 คน ร้อยละ 44.1

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 2.05 - 4.74 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 คะแนน (SD = 0.70) เมื่อพิจารณาตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 48.39 รองลงมาเป็นการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 35.48

2.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรค: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในช่วง 0 - 168 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 86.11 คะแนน (SD = 48.55) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรรมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย จำนวน 50 คน ร้อยละ 53.8

2.5 ความรู้สึกเป็นภาระ: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลอยู่ในช่วง 1 - 85 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.47 คะแนน (SD = 24.78) เมื่อพิจารณาตามระดับความ

รู้สึกเป็นภาระ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกเป็นภาระการดูแลระดับมาก ร้อยละ 35.48 รองลงมา รู้สึกเป็นภาระการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 29.03

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความแข็งแรงในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ อายุ และระยะเวลาในการดูแล กับภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน พบว่า ความแข็งแรงในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r_s = -.294$ และ $-.496$; $p = .004$ และ $.000$ ตามลำดับ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ และอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r_s = .617$, $.632$ และ $.249$; $p = .000$, $.000$, และ $.016$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r_s = -.064$; $p = .543$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r_s) ระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ อายุ และระยะเวลาในการดูแล กับภาวะกดดันด้านจิตใจ ($n = 93$)

ตัวแปร	r_s	p-value
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.294	.004
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.496	.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.617	.000
ความรู้สึกเป็นภาระ	.632	.000
อายุ	.249	.016
ระยะเวลาในการดูแล	-.064	.543

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ และ ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล พบว่า เพศ และ

ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r_{pb} = -.222$ และ $-.246$; $p = .032$ และ $.018$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (r_{pb}) ระหว่างเพศและความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($n = 93$)

ตัวแปร	r_{pb}	p - value
เพศ	-.222	.032
ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	-.246	.018

การอภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบ นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดัน

ด้านจิตใจต่ำ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เซน และคณะ (Chen et al., 2016) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต (adversity in life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life events) และสามารถฟื้นตัวนำพาตนเองผ่านอุปสรรคนั้น

ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจชีวิตมากขึ้น ประกอบไปด้วย 1) “I Have (ฉันมี...)” เช่น มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่สามารถไวใจได้ เป็นต้น 2) “I am (ฉันเป็นคน...)” เช่น เป็นบุคคลที่สามารถที่จะรักแล้วเป็นที่รักของผู้อื่นได้ เป็นต้น และ 3) “I can (ฉันสามารถ...)” เช่น จัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotbeg, 1995; 1997) เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบเจอกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่ทำให้ยุ่งยากใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง น่าจะสามารถพาตนเองให้ผ่านเหตุการณ์ยุ่งยากใจได้ โดยน่าจะมีความสามารถในการแก้ปัญหา (I can) มีบุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (I have) และมีความรู้สึกภาคภูมิใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (I am) (เจมส์ ญูฐ์ ศรีพรหมภักดิ์, พัทชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน, 2558; พัทชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา ก็แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มมีทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วยได้ มีความรู้สึกกังวลลดลงเมื่อมีคนคอยให้ระบายความคับข้องใจ รู้สึกเหนื่อยล้าลดลงเมื่อทราบว่ามีคนคอยช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (Ong et al., 2018) จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีความกดดันด้านจิตใจต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีความสัมพันธ์ทางลบ นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 2557; Yusuf & Nuhu, 2011) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าจะได้รับความรักและความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง 2) ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือในค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีบุคคลที่สามารถให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาแก่ตนเองได้ เมื่อเกิดปัญหาหรือรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) ได้รับการสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นค่า เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างหรือจากสังคม หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการช่วยเหลือ ได้รับกำลังใจและคำปรึกษาจากคนในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท น่าจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเศร้าและรู้สึกสิ้นหวังลดลง ทำให้สามารถที่จะรับมือและจัดการกับความยุ่งยากจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Rafiyah, Suttharangsee, & Sangchan, 2011; Talwar & Matheiken, 2010; Yin et al., 2014) และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคอาการ และการปฏิบัติตัว ต่อผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับแหล่ง ช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม น่าจะทำให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทคลายความรู้สึกตื่นตระหนกต่อการ เจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทหลง (Lee et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ สนับสนุนด้านการเงิน มีแนวโน้มที่จะมีภาวะ กดดันด้านจิตใจต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้ รับการสนับสนุนด้านการเงิน (Yusuf & Nuhu, 2011) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอไม่ว่า จะการได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์ ทรัพยากร การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการยอมรับ จากสังคมมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกกดดันด้าน จิตใจต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรง ของโรคกับภาวะกดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของ โรคมีความสัมพันธ์กับภาวะกดันด้านจิตใจของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมี ความสัมพันธ์ทางบวก นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง มีแนวโน้มที่จะ มีภาวะกดันด้านจิตใจสูง ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ, 2557; Dagaonkar et al., 2013; Magana et al., 2007; Mitonit et al., 2010) ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลแรกที่จะ รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในตัวของผู้ป่วยเพราะเป็น บุคคลที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลและอยู่กับ ผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีการ เปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตและพฤติกรรมเป็น

ระยะๆ ไม่สามารถคาดเดาได้และยังสามารถกำเริบ เข้าได้แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง แต่มักจะยังคงมีอาการหลงเหลือของโรค จิตเภทอยู่ (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) เมื่อผู้ป่วย จิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบขึ้น เช่น ประสาท หลอน หลงผิด ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและผู้อื่น เป็นต้น ผู้ดูแลมักจะรู้สึกตื่นตระหนก วิตกกังวล ประสาทเสีย เมื่อต้องรับมือกับอาการกำเริบของ ผู้ป่วย (Mitonit et al., 2010; Yusuf & Nuhu, 2011) ซึ่งจากการศึกษานี้ก็พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่มีความรู้สึกขำขื่นอ่อน ประสาทเสีย เป็นประจำ ร้อยละ 34.4 และมีความรู้สึกกระวน กระวาย ใจไม่สงบ นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 32.3 อาจ กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความ รุนแรงของโรคสูง มีแนวโน้มที่จะมีความกดดัน ด้านจิตใจสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระ กับภาวะกดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระมี ความสัมพันธ์กับภาวะกดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ผู้ป่วย จิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีความ สัมพันธ์ทางบวก นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี ความรู้สึกเป็นภาระสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดัน ด้านจิตใจสูง ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมา (Dagaonkar et al., 2013; Magana et al., 2007) อาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ ให้การดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลต้องจัดการกับอาการ ทางจิตที่ไม่สามารถคาดเดาได้เมื่อผู้ป่วยมีอาการ กำเริบโดยเฉพาะอาการทางจิตที่รุนแรงเช่น ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีอาการหูแว่ว แยกตัว ไม่สนใจกิจวัตรประจำวันของตนเอง เป็นต้น (Mitsonis et al., 2010) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังต้อง

ดูแลในด้านกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วยจิตเภทด้วย อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Magana et al., 2007; Mitsonis et al., 2010; Talwar & Matheiken, 2010; Yin et al., 2014) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ตกอยู่ในสถานะว่างงาน ทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางคนยังต้องรับผิดชอบต่อภาระอื่นๆ ให้กับครอบครัวรวมทั้งมีงานประจำที่ต้องทำ มีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวของตนเอง (นภภรณ์ พึ่งเกษสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาก สุวลักษณ์, 2547) และยังคงรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองต้องใช้ความพยายามในดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น (เอมิกา กลยณี และคณะ, 2558) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีความรู้สึกกังวลกลัวว่าตนเองจะเป็นบุคคลที่อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแย่ลง (Oshodi et al., 2012) หรือบางคนรู้สึกสิ้นหวังในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) จากที่กล่าวมา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการให้การดูแลผู้ป่วย อาจจะรู้สึกว่าต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการให้การดูแล รู้สึกวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกสิ้นหวังต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รู้สึกเป็นภาระจึงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความกดดันด้านจิตใจสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมี

ภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่าเพศชาย หรือกล่าวได้ว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Ukpong, 2006; Yusuf & Nuhu, 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลเพศชายมักจะมีลักษณะบุคลิกภาพที่เมื่อมีความรู้สึกไม่สบายใจ เครียด มักจะไม่ค่อยพูดระบายความคับข้องใจกับคนในครอบครัวหรือคนรอบข้างเมื่อต้องเผชิญกับปัญหามักจะไม่ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Sharma, Chakrabarti, & Grover., 2016) และผู้ดูแลเพศชายมักถูกคาดหวังให้ทำบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว (Bickersteth & Akinnawo, 1990) มักจะมุ่งมั่นในการทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ ทำให้มีเวลาน้อยในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Ukpong, 2006) นั่นคือ ผู้ดูแลเพศชายที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำหารายได้ให้ครอบครัวและไม่ได้รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อต้องมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจทำให้ผู้ดูแลเพศชายรู้สึกวิตกกังวลใจ ประสาทเสีย ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ดูแลเพศชายส่วนใหญ่มีความรู้สึกขวัญอ่อน ประสาทเสีย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกบ่อยครั้งถึงประจำ ร้อยละ 77.2 อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมิสโซนิส และคณะ (Mitsonit et al., 2010) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าเพศชาย และการศึกษาที่พบว่าเพศชายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Chen et al., 2016; Magana et al., 2007)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับ

ภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงซึ่งผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแมททิว และคณะ (Mathew et al., 2017) อาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากมักจะรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เพราะกลัวว่าจะไม่มีใครดูแลผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกกังวลว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถใช้ชีวิตเองได้เมื่อตนเองไม่มีชีวิตอยู่แล้ว (Yazici et al., 2016) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากขึ้นก็ยังคงมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ประกอบกับมีหน้าที่อื่นในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ มีข้อจำกัดในการปรับตัว รวมทั้งมีความกังวลสูงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในอนาคตและมีความยากลำบากในการจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (ณัฐกฤตดา เชาวน์วรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559; Souza et al., 2017) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากขึ้นจึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง อย่างไรก็ตามก็ตีผลการศึกษารั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มากานา และคณะ (Magana et al., 2007) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Mitonit et al., 2010; Ukpong, 2006)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นบิดา/มารดา สามิ/ภรรยา พี่น้อง

หรือบุตร” มีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็น “ลุง ป้า น้า อา หลาน สะใภ้ หรือเขย” ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2557; Yusuf & Nuhu, 2011) อาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็น บิดา/มารดา สามิ/ภรรยา พี่น้อง หรือ บุตร จะมีความรักใคร่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าบุคคลอื่น (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาท สุวักขณ, 2547; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544) มักจะรู้สึกผิดและโทษตัวเองที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยเจ็บป่วยโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกเครียด กังวล ต่ออนาคตของผู้ป่วย (Kulhara, Kate, Grover, & Nehra, 2012) บิดา/มารดาบางคนอาจจะรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตรอันเป็นที่รัก (Angermeyer, Kilian, Wilms, & Wittmund, 2006) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็น บิดา/มารดา สามิ/ภรรยา พี่น้อง หรือบุตร จึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง อย่างไรก็ตามก็ตีผลการศึกษารั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Chen et al., 2016; Mitonit et al., 2010)

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับผู้ป่วยกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 1- 5 ปี ร้อยละ 52.4 (49 คน) ในช่วง 6 - 10 ปี ร้อยละ 18.3 (17 คน) และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 29 (27 คน) โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาการดูแลแตกต่างกันนี้มีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจใกล้เคียงกัน คือ

10.45 - 11.18 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เซน และคณะ ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่ศูนย์สุขภาพจิตแห่งหนึ่งในประเทศจีน โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่า 1 ปี และ 1 ปีขึ้นไป ผลการศึกษา พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาดูแลน้อยกว่า 1 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาการดูแลตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป (Chen et al., 2016) อาจอธิบายได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลมีความชำนาญในการจัดการปัญหาในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีพอ ๆ กัน จึงน่าจะทำให้ผลการศึกษานี้พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ คือ ความแข็งแรงในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนปัจจัยที่ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ดังนั้นจึงน่าจะมีการจัดโปรแกรมเสริมสร้างเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ตลอดจนการจัดกิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกกดดันด้านจิตใจลดลง

2. ควรมีการขยายการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ กับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่อื่นหรือในผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ และควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจในการวิจัยแบบเชิงทำนายหรือแบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

3. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นที่ไปตามผลการศึกษาที่ผ่านมาเช่น ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการดูแลกับภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยเพิ่มการศึกษาในกลุ่มที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่า 1 ปี เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาเอื้ออำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชประจำปีงบประมาณ 2560. เข้าถึงเมื่อ 26 มิถุนายน 2562, จาก <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/>
 เขมณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต トラบายความรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัย

- ส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 103-122.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ลาวัจ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ชวนชม วงศ์ไชย. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐกฤตาเขาวนัวรารักษ์และรังสิมันต์สุนทรไชยา. (2559). ประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 110-122.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมการดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณัฏ์ พึ่งเกษมสุนทร และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรม บำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 51-63.
- นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมมุขทัต. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 49-62.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21(4), 249-258.
- บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์ และสุวรรณา อรุณพงษ์ไพศาล. (2557). ความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของ Kessler 6 ชื่อฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(3), 299-312.
- ปทานนท์ ขวัญสนิท และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ท้าววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 50-62.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (บรรณาธิการ). (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิดการประเมิน*

- การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน และทัศนาวทิวณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (A Resilience Enhancing Program)*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. (บรรณาธิการ). (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2544). *รูปแบบการทำนายภาวะของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษายาทบาทและภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-167.
- เอมิกา กลยณี, เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 128-140.
- เอื้ออารีย์สาริกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., Wilms, H. U., & Wittmund, B. (2006). Quality of life of spouses of mentally ill people. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), 278-285. doi:10.1177/0020764006067186
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric.
- Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and public health*. Retrieved November 24, 2017, from https://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf
- Bickersteth, T. F., & Akinnawo, E. O. (1990). Filial responsibility expectations of Nigerian and Indian university students. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 5(4), 315-332. doi:10.1007/bf00057643
- Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., et al. (2016). Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 96, 78-82. doi:10.1016/j.paid.2016.02.062
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dagaonkar, A. A., Jadhav, B. S., Shanker, S., Shah, B. R., Rajagopal, L., & Gopinathan, A. (2013). Perception of burden by caregivers of patients with schizophrenia.

- Andhra Pradesh Journal of Psychological Medicine*, 14(2), 141 - 145.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Global Burden of Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211 - 1259. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide for promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Retrieved June 03, 2017, from http://www.bernardvanleer.org/A_guide_to_promoting_resilience.
- Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. Retrieved November 24, 2017, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb97a.html>
- House, J. S. (1980). *Work stress and social support*. Retrieved January 26, 2018, from <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015071886035;view=1up;seq=5>
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146. doi:10.1007/bf01107897
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318. doi:10.1146/annurev.so.14.080188.
- Isaacs, B., & Kennie, A. T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *The British Journal of Psychiatry*, 123(575), 467-470. doi:10.1192/bjp.123.4.467
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., et al., (2002). Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976. doi: 10.1017/s0033291702006074
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Bromet, E., Cuitan, M., et al. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: Results from the who world mental health survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(1), 4-22. doi:10.1002/mpr.310
- Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., & Nehra, R. (2012). Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World Journal of Psychiatry*, 2(3), 43-48. doi:10.5498/wjp.v2.i3.43

- Lasebikan, V. O., & Ayinde, O. O. (2013). Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates. *Indian Journal of Psychological Medicine, 35*(1), 60-66. doi:10.4103/0253-7176.112205
- Lee, T. C., Yang, Y. K., Chen, P. S., Hung, N. C., Lin, S. H., Chang, F. L., et al. (2006). Different dimensions of social support for the caregivers of patients with schizophrenia: Main effect and stress-buffering models. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60*(5), 546-550. doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01556.x
- Lueboonthavatchai, P., & Lueboonthavatchai, O. (2006). Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand, 89*(3), 13-19.
- Magana, S. M., Ramirez Garcia, J. I., Hernandez, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services, 58*(3), 378-384. doi: 10.1176/appi.ps.58.3.378
- Mathew, K. J., Pathak, A., Rai, S., & Sangeeta, S. J. (2016). *Risk of psychological distress among individuals living with a mentally ill person: A study from a Backward State of India and its implications*. Retrieved March 9, 2019, from: <http://www.ojhas.org/issue60/2016-4-6.html>
- McDonnell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., & Dyck, D. G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process, 42*(1), 91-103. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00091.x
- Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., et al. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(2), 331-337. doi:10.1007/s00127-010-0325-9
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abidin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M. E., et al. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: Moderating and mediating effects of perceived social support. *BioMed Central Public Health, 18*(1), 1-9. doi: 10.1186/s12888-018-1616-z
- Oshodi, Y. O., Adeyemi, J. D., Aina, O. F., Suleiman, T. F., Erinfolami, A. R., & Umeh, C. (2012). Burden and psychological effects: caregiver experiences in a psychiatric outpatient unit in Lagos, Nigeria. *African Journal of Psychiatry, 15*(2), 99-105. doi: 10.4314/ajpsy.v15i2.13
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports, 10*, 799-812. doi:10.2466/PRO.10.3.799-812.

- Rafiyah, I., Suttharangsee, W., & Sangchan, H. (2011). Social support and coping of Indonesian family caregivers caring for persons with schizophrenia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 159-168. doi: 10.14710/nmjn. v1i2.979
- Rodrigo, M. J., Alquezar, B., Alos, E., Medina, V., Carmona, L., Bruno, M., et al. (2013). A novel carotenoid cleavage activity involved in the biosynthesis of citrus fruit-specific apocarotenoid pigments. *Journal of Experimental Botany*, 64(14), 4461-4478. doi:10.1093/jxb/ert260
- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17. doi:10.5498/wjp. v6. i1.7
- Singh, M., & Sousa, A. D. (2011). Factors affecting depression in caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 16(2), 24-34.
- Souza, A. L. R., Guimarães, R. A., Araújo, V. D., Assis, R. M., Almeida, C. O. L. M., Souza, M. R., et al. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: A cross-sectional study. *BioMed Central Psychiatry*, 17(1), 353. doi:10.1186/s12888-017-1501-1
- Talwar, P., & Matheiken, S. T. (2010). Caregivers in schizophrenia: A cross cultural perspective. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 29-33. doi:10.4103/0253-7176.70526
- Ukpong, D. I. (2006). Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of service users experiencing schizophrenia: A study from south western Nigeria. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 54-59. doi:10.1111/j.1447-0349.2006.00403.x
- World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved January 03, 2017, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Yazici, E., Karabulut, Ü., Yildiz, M., Tekes, S. B., Inan, E., Çakir, U., et al. (2016). Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. *Noropsikiyatri Arsivi-archives of Neuropsychiatry*, 53(2), 96-101. doi:10.5152/npa.2015.9963
- Yin, Y., Zhang, W., Hu, Z., Jia, F., Li, Y., Xu, H., et al. (2014). Experiences of stigma and discrimination among caregivers of persons with schizophrenia in China: A field survey. *Public Library of Science One*, 9(9), 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0108527
- Yusuf, A. J., & Nuhu, F. T. (2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(1), 11-16. doi:10.1007/s00127-009-0166-6

- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Peterson, J. B. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview*. University Park, PA: Pennsylvania State University, Gerontology Center.
- Zhai, J., Guo, X., Chen, M., Zhao, J., & Su, Z. (2013). An investigation of economic costs of schizophrenia in two areas of China. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(26), 1-8. doi:10.1186/1752-4458-7-26