ปัจจัยทำนายประสบการณ์ทางบวกและทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*
FACTORS PREDICTING POSITIVE AND NEGATIVE EXPERIENCES IN PROVIDING CARE TO SCHIZOPRENIC PATIENTS OF CAREGIVERS

*สุจรรยา โลหาชีวะ, ปร.ด.(Suchanya Lohacheewa, R.N., Ph.D.)***
*นันทภัค ชนะพันธ์, พย.ม. (Nantapuk Chanapan, R.N., M.N.S.)****

Abstract

Objective: To examine factors predicting positive and negative experiences in caring for persons with schizophrenia of family caregivers. The selected factors included perceived seriousness of illness, and perceived social support. The conceptual model was based on Lazarus and Folkman's theory of stress and coping (Lazarus & Folkman, 1984).

Methods: This study was a predictive research. Subjects were 70 family caregivers of persons with schizophrenia who brought the patients to receive service at outpatient departments of a hospital located in Bangkok. Data were collected during May–August 2017. Research instruments included the demographics questionnaire, The Behaviors and Symptom Perception Scale, Social Support Questionnaire, and Experience of Caring Inventory. Data were analyzed by descriptive statistics and multiple regression.

Results: 1) Perceived seriousness of illness and perceived social support could jointly explain 37.6% of the variance of negative experiences in caring for persons with schizophrenia of family caregivers ($p < .05$). Perceived seriousness of illness was a factor which had a statistically significant influence on negative experiences in caring for persons with schizophrenia of family caregivers ($\beta = .612$, $p < .001$); 2) Perceived seriousness of illness and perceived social support could jointly explain 9.8% of the variance of positive experiences in caring for persons with schizophrenia of family caregivers ($p < .05$). Perceived social support was a factor which had a statistically significant influence on positive experiences in caring for persons with schizophrenia of family caregivers ($\beta = .303$, $p < .05$).

Conclusion: The results suggested that psychiatric nurses should increase understanding of family caregiver about the illness, ways to

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สภากาชาดไทย (Funding sponsored by the Thai Red Cross Society)

**Corresponding author, อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (Corresponding author, Instructor, Psychiatric and Mental Health Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing), Email: Suchanya.l@stin.ac.th*

****อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (Lecturer, Psychiatric and Mental Health Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing)*

วันที่รับ (received) 3 เมษายน 2561 วันที่แก้ไข (revised) 27 พฤษภาคม 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 พฤศจิกายน 2562

20-0307 006.indd 103 5/20/2563 BE 11:28 AM

access and utilize social support resources in order to help them deal with the problems appropriately. This may lead to reduce negative experience and increase positive experience of family caregivers in caring for persons with schizophrenia.

Keywords: Experiencing of care, Caregiver of schizophrenia patients, Serious illness, Social support

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายประสบการณ์ทางบวกและทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแล ปัจจัยคัดสรรที่ศึกษาได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร จำนวน 70 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 11 สิงหาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต แบบสอบถามการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามประสบการณ์การดูแล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลตัวแปรทำนาย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา:

1. การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตและการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของประสบการณ์ทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 37.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยการรับรู้อาการทางจิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .612$, $p < .001$)

2. การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตและการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายประสบการณ์ทางบวกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 9.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ทางบวกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .303$, $p < .05$)

สรุป: ผลการวิจัยเสนอแนะว่าพยาบาลจิตเวชควรเพิ่มความเข้าใจกับญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วย วิธีการในการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม อันอาจนำไปสู่การลดประสบการณ์ทางลบและเพิ่มประสบการณ์ทางบวกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแลได้

คำสำคัญ: ประสบการณ์การให้การดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการทางจิต แหล่งสนับสนุนทางสังคม

20-0307 006.indd 104 5/20/2563 BE 11:28 AM

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง มีความคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติ ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการหวาดระแวง อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ (กรมสุขภาพจิต, 2560) โรคจิตเภททั่วโลกมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด มีความชุก 0.5-1.5 รายต่อประชากร 100 คน (World Health Organization [WHO], 2015) อีกทั้งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลจิตเวช (Shives, 2006) ในประเทศไทยจากสถิติพบว่าในปีงบประมาณ 2559 จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2560 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชประจำปีงบประมาณ 2559 ทั้งหมด 1,100,423 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 241,838 คน คิดเป็นร้อยละ 21.98 (กรมสุขภาพจิต, 2560) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังมีผลต่อการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้วย (WHO, 2015) ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมหลายแบบ เช่น มีอารมณ์โกรธ ไม่มีกิจกรรมทางสังคม ไม่สนใจสุขอนามัยส่วนบุคคล และอื่นๆ (Maj, Lopez-Ibor, Sartorius, Sato, & Okasha, 2005) ผู้ป่วยบางรายนอนไม่หลับ วิตกกังวล โกรธ หงุดหงิด หดหู่ ไม่มีสมาธิ แยกตัวจากสังคม การขาดแรงจูงใจ (Miller & Mason, 2005) อาการป่วยด้วยโรคทางจิตเภท นอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยแล้ว ยังก่อให้เกิดความเครียดและผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย (Saunders, 1997) สมาชิกในครอบครัวมักจะประสบความทุกข์ รู้สึกกลัวและสับสน เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติและก้าวร้าว (Reed, 2008)

อาการของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายด้าน ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกายของผู้ดูแล (Harvey, Burns, Fahy, Manley, & Tattan, 2001) เช่น อ่อนเพลีย ปวดหัว เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ไม่อยากอาหารและการรับประทานอาหารน้อย (Terence, McCann, Lubman, & Clark , 2009) ด้านอารมณ์ เช่น ตึงเครียด วิตกกังวล ไม่พอใจ ซึมเศร้าและสิ้นหวัง (Addington & Burnett, 2004; Harvey et al., 2001; Provencher, Perreault, St-onge, & Rousseau, 2003; Tennakoon et al., 2000) และปัญหาด้านสังคม เช่น เสียค่าใช้จ่ายสูงในการให้การดูแลผู้ป่วย (Tennakoon et al., 2000)

อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลบางคนมองการเจ็บป่วยทางจิตในทางบวก คือ ทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจ และมีเมตตาต่อกันมากขึ้น สถานการณ์ความเจ็บป่วยนำไปสู่การพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น (Mo et al., 2008) การรับรู้ที่ต่างกันนี้อาจเป็นเพราะญาติมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างกัน การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมมีหลายแบบ เช่น การได้รับข้อมูลและการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิต (Ferriter & Huband, 2003; Yamachita, 1999) การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในระหว่างการรักษาผู้ป่วย (Czuchta & McCay, 2001) และการแสวงหาโรงพยาบาลที่ดีที่สุดเพื่อรักษาผู้ป่วยให้หายจากอาการทางจิต เป็นต้น นอกจากนี้ความรุนแรงของ

อาการทางจิตก็มีผลทำให้ญาติเกิดประสบการณ์ด้านลบจากอาการทางจิตของผู้ป่วย จะส่งผลให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวเกิดความโกรธ ความสิ้นหวัง และความวิตกกังวล ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวโดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า (Addington & Burnett, 2004; Harvey et al., 2001; Provencher, et al., 2003)

อาจกล่าวได้ว่าการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแตกต่างกัน โดยเป็นประสบการณ์ทางลบและบวกนั้น อาจมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยนั้นยังมีน้อย การศึกษาประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ จะทำให้ความรู้เรื่องประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชัดเจนมากขึ้น และจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายของการรับรู้อาการทางจิต การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ต่อประสบการณ์ทางลบและทางบวกของการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้อาการทางจิต การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายประสบการณ์ทางลบที่เกิดจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. การรับรู้อาการทางจิต การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายประสบการณ์ทางบวกที่เกิดจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

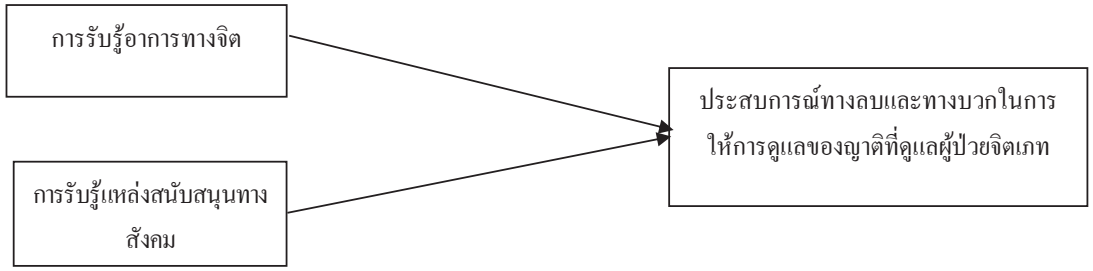
อธิบายปรากฏการณ์นี้โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ได้ดังนี้

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แนวคิดของลาซาลัสและโฟล์คแมน กล่าวว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองและต้องมีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) การประเมินตัดสินเป็นกระบวนการของความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินสถานการณ์ว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความเครียดหรือไม่ โดยใช้การประเมิน 2 ลักษณะ ได้แก่ การประเมินปฐมภูมิเป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นที่มีผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลว่าอยู่ในลักษณะใด และการประเมินทุติยภูมิเป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกต่างๆ ที่บุคคลนั้นมีเพื่อจัดการกับเหตุการณ์

ที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) บุคคลจะประเมินตัดสินว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดหรือไม่ และรุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984)

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) สามารถอธิบายสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องพบกับเหตุการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการทางจิต ซึ่งผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลต่อตนเองหรือไม่ มีการรับรู้อาการเจ็บป่วยทางจิตและการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ดูแลแต่ละคนมีการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกัน ซึ่งประสบการณ์การดูแลของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีหลากหลายทั้งประสบการณ์ทางบวก เช่น ผู้ดูแลยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางอาการของผู้ป่วย ยอมรับถึงบทบาทที่ต้องเปลี่ยนจากการเป็นผู้ปกครอง คู่สมรส หรือญาติสนิทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย การที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวใกล้ชิดกันมากขึ้น เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันมากขึ้น เป็นต้น และประสบการณ์ทางลบ เช่น ภาวะพึ่งพา พฤติกรรมวุ่นวาย อาการทางจิต การสูญเสีย ผลกระทบที่เกิดขึ้นในครอบครัวบาป เป็นต้น

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) อธิบายได้ว่าประสบการณ์ของการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แตกต่างกันนั้นเป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต่างกัน ครอบครัวที่ขาดการติดต่อสื่อสารและไม่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการทางสุขภาพจิต (Ferriter & Huband, 2003; Yamachita, 1999) และการไม่มีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วย (Czuchta & McCay, 2001) จะมีการรับรู้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลในครอบครัวที่พาผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 70 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 11 สิงหาคม พ.ศ. 2560 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยสูตรของธอร์นไดท์ (Thorndike, 1978) โดยคำนวณจาก n = 10k + 50 ซึ่งจำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษามีทั้งหมด 2 ตัว จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 70 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท
2) ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป
3) ไม่ได้รับเงินเดือนในการดูแลผู้ป่วย
4) อายุ 18 ปีขึ้นไป
5) ยินดีที่จะมีส่วนร่วมในการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1) ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 6 เดือน
2) ไม่ยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติเอกสารรับรองเลขที่ COA No. 277/2017 ลงวันที่ 11 เมษายน 2560 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ตรวจการพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยคัดกรองอาสาสมัครตามคุณสมบัติที่กำหนดจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าไปสอบถามผู้ป่วยว่ามีญาติหรือผู้ดูแลมาพบแพทย์ด้วยหรือไม่ หากพบว่ามีญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยินดีให้สัมภาษณ์และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวโดยแจ้งว่าผู้วิจัยมิได้เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติในส่วนงานนั้น อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ อธิบายการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคลโดยผู้วิจัยแจ้งข้อมูลแก่ญาติว่าการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มิได้มีผลต่อการรักษาหรือสิทธิประโยชน์ใดๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับและข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ และหากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สบายใจหรือไม่อยากให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัยจนเข้าใจ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ได้ให้เวลาในการคิดและตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ความยินยอมโดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เครื่องมือทั้งหมด 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1: แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปของญาติที่เป็นผู้ดูแล มีข้อคำถาม 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีที่เข้ารับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางด้านร่างกาย

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามการรับรู้อาการทางจิตของผู้ป่วย ที่สร้างโดยภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2545) เป็นแบบวัดการรับรู้อาการทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ 1) อาการซึมเศร้า 2) การตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม 3) อาการทางจิต 4) สมาธิและความจำ และ 5) พฤติกรรมผิดปกติ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ แบบลิเคิท สเกล (four-point likert scale) 4 ระดับ มีค่าคะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน จนถึงสูงสุด 81 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ของญาติที่เป็นผู้ดูแลว่าอาการเจ็บป่วยโรค จิตเภทของผู้ป่วยมีความความรุนแรงระดับน้อย คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ของญาติที่เป็นผู้ดูแลว่าอาการเจ็บป่วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีความความรุนแรงระดับมาก ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire (SSQ) ที่สร้างโดยเชฟเฟอร์และคณะ (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนุเจริญกุล (2524) ใช้ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมไทย (SSQ) ต่อมาได้รับการปรับปรุงโดยภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2545) ใช้ในการวัดแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีอาการจิตเภท เป็นข้อคำถามแบบใด จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนข้อมูล สนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนด้านสิ่งของที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ การวัดแบบลิเคิท สเกล (five-point likert scale) 4 ระดับ มีค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน จนถึงสูงสุด 84 คะแนน คะแนนแต่ละด้านต่ำ หมายถึง การรับรู้ต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทน้อย คะแนนแต่ละด้านสูง หมายถึง การรับรู้ต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคมของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูง ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ส่วนที่ 4: แบบสอบถามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติ (Experience of Caring Inventory [ECI]) พัฒนาโดยชูเลอร์และคณะ (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดยสุจรรยา โลหาชีวะ (2559) ใช้ในการวัดประสบการณ์ของการดูแลบุคคลที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง เช่นโรคจิตเภท จำนวน 66 ข้อ เครื่องมือนี้วัดประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล 2 ด้าน ได้แก่ 1) ประสบการณ์ด้านบวกประกอบด้วย 1. ประสบการณ์ที่ดีของผู้ดูแล และ 2. สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การวัดแบบลิเคิท สเกล (five-point likert scale) 4 ระดับ

มีค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน จนถึงสูงสุด 56 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเป็นประสบการณ์ทางบวกในระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเป็นประสบการณ์ทางบวกในระดับน้อย 2) ประสบการณ์ด้านลบประกอบด้วย 1.พฤติกรรมที่ยุ่งยาก 2. อาการทางลบ 3. ตราบาป 4. สร้างปัญหากับการใช้บริการสุขภาพ 5. ผลกระทบต่อครอบครัว 6. ต้องการการสนับสนุน 7. ภาวะพึ่งพา และ 8. สูญเสีย การวัดแบบลิเคิท สเกล (five-point likert scale) 4 ระดับ มีค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน จนถึงสูงสุด 208 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเป็นประสบการณ์ทางลบระดับมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเป็นประสบการณ์ทางลบระดับน้อย ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเสนอหนังสือจากต้นสังกัดถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่ออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย รวมทั้งขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน

2. ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ตรวจการพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

3. ผู้วิจัยคัดกรองอาสาสมัครตามคุณสมบัติที่กำหนด

4. ผู้วิจัยเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย อาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ความยินยอมโดยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้อาการทางจิตของผู้ป่วย แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลการรับรู้อาการทางจิต แหล่งสนับสนุนทางสังคมและประสบการณ์การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (enter regression) (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2010)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ทั้งสิ้น 70 คน เป็นญาติผู้ดูแลเพศหญิง ร้อยละ 68.6 (48 คน) และเพศชาย ร้อยละ 31.4 (22 คน) อายุเฉลี่ย 57.81 ปี (SD = 13.89) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.3 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 64.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.1 และจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 25.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพใกล้เคียงกันร้อยละ 48.6 และ 51.4 สำหรับผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพรายได้มาจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.1 มีรายได้ตั้งแต่ 10,000 ถึง 50,000 บาท เป็นญาติที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 40 และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 13.76 ปี (SD = 8.40) กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนใกล้เคียงกันร้อยละ 41.4 และ 58.6 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ทำนายประสบการณ์การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายประสบการณ์การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้สถิติความถดถอยเชิงเส้นพหุคูณโดยวิธีนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (enter regression) ผู้วิจัยได้นำ ตัวแปรทุกตัวเข้าสมการตามกรอบแนวคิดการวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ 1) การรับรู้อาการเจ็บป่วย และ 2) การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายประสบการณ์การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.1 สมมติฐานการวิจัย ข้อ 1 การรับรู้อาการทางจิต การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายประสบการณ์ทางลบจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์การทำนายประสบการณ์ทางลบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้อาการทางจิต โดยสามารถทำนายประสบการณ์ทางลบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 37.6 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายประสบการณ์ทางลบจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยตัวแปรการรับรู้อาการทางจิต และการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม (n=70)

ตัวทำนาย	b	SEb	Beta	t	p - value
การรับรู้อาการทางจิต	.721	.114	.612	6.341	.000
การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม	-.038	.138	-.027	-.277	.783

$R = .613$ $R^2 = .376$ $F = 20.203$ Constant = 3.791

*$p < .05$

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 2 การรับรู้อาการทางจิต การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 9.8 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยตัวแปรการรับรู้อาการทางจิต และการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ตัวทำนาย	b	SEb	Beta	t	p-value
การรับรู้อาการทางจิต	.054	.071	.088	.761	.449
การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม	.224	.086	.303	2.615	.011

$R = .314$ $R^2 = .098$ $F = 3.658$ Constant = 3.748

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 70 คน พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 23 - 83 ปี อายุเฉลี่ย 57.81 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานและมีรายได้ประมาณ 10,000 - 50,000 บาท/เดือน ผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ซึ่งพบว่าร้อยละ 65 -79 ของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศหญิง (Czuchta & McCay, 2001; Mo et al., 2008) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เพศหญิงจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งในขณะที่เพศชายจะต้องปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว (Rungreangkulkij, Chafetz, Chesla, & Gilliss, 2002) นอกจากนี้จากผลการวิจัยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.3) และประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.4) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะแต่งงานและประกอบอาชีพ (Compton, Kaslow, & Walker, 2004)

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อาการทางจิต สามารถทำนายประสบการณ์ทางลบจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ การรับรู้อาการเจ็บป่วยของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำนายประสบการณ์ทางลบจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ สามารถอธิบายได้ว่าโดยทั่วไปผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในลักษณะที่เป็นลบ หรือประเมินผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงของอาการทางจิต

ที่เกิดขึ้น ขัดขวางการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของแอดดิงตันและคณะ (Addington et al., 2003) ซึ่งศึกษาวิจัยครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกจำนวน 238 คน และผลการศึกษาวิจัยพบว่า อาการของโรคจิตเภทที่เป็นอาการทางบวกสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา ($r = .21$; $p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเทนนาคูนและคณะ (Tennakoon et al., 2000) ที่ศึกษาประสบการณ์ในการดูแลการเผชิญปัญหาและความทุกข์ทรมาน เก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 50 ราย ผลการวิจัยพบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วย เช่น อาการทางลบและหรืออาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ยากลำบากในการทำบทบาทผู้ดูแล อาการจิตเภทที่เกิดขึ้น เช่น อาการประสาทหลอน การแยกตัว การไม่ใส่ใจดูแลสุขอนามัยของตนเอง เป็นต้น ดังนั้นหากญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าอาการทางจิตของญาติที่เจ็บป่วยส่งผลต่อประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือประสบการณ์ทางลบ เช่น ถ้าญาติผู้ดูแลเห็นว่าอาการทางจิตเช่นนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อความเป็นอยู่ของครอบครัว สร้างความลำบากแก่ครอบครัว หรือทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ อาจก่อให้เกิดความเครียดหรือประสบการณ์ทางลบได้ จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าประสบการณ์ทางลบนั้น อาจมีสาเหตุมาจากการรับรู้อาการทางจิต ถ้าญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าอาการนั้นมีความรุนแรง รบกวนชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล สร้างความวุ่นวายยุ่งยากให้กับญาติผู้แลอาจส่งผลให้เกิดความเครียดได้

แต่ทั้งนี้จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายประสบการณ์ทางลบจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายประสบการณ์ทางลบจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Lohacheewa, Sitthimongkol, Sirapo-ngam, & Viwatwongkasem, 2016) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ไม่พบอิทธิพลของการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมต่อประสบการณ์ทางลบจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แสดงถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ เป็นอย่างดี ทำให้ญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นประสบการณ์ทางลบ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแล ญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสูง เห็นว่าเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความสนใจกันในครอบครัวมากขึ้น (Lohacheewa et al., 2016) การรับรู้แหล่ง

สนับสนุนทางสังคมด้านความพร้อมของบุคลากรทางสุขภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านการให้คำปรึกษาและตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ได้การดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดประสบการณ์ทางบวก จากการศึกษาของโกรเวอร์และคณะ (Grover et al., 2011) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไบโพลาร์และโรคจิตเภท พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อประสบการณ์ทางบวกของญาติผู้ดูแล โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างการประเมินถึงผลดีหรือข้อดีจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนด้านสังคมและจิตใจของญาติผู้ป่วย การที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะสามารถช่วยลดความเครียดหรือความทุกข์ที่เกิดจากการที่ต้องมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การป่วยด้วยโรคนี้ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ เห็นความสำคัญของความสัมพันธ์ในครอบครัวกับผู้ป่วย ช่วยกันแสวงหาโรงพยาบาลที่ดีที่สุด รับรู้ว่าบุคลากรทางสุขภาพสามารถให้การดูแลได้ ให้ความรู้ได้ ดูแลได้เหมาะสมและตรงตามความต้องการของญาติ (Lau & Pang, 2007) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของลาซาลัสและโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นทรัพยากรจากภายนอกที่สังคมให้ความช่วยเหลือบุคคล ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นโอกาสที่ดีและเป็นสิ่งที่ท้าทาย ช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ด้านบวกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถกล่าวได้ว่าการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์เกิดขึ้น ว่าเป็นผลมาจากอาการทางจิตของผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็น การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนจากบุคคลอื่นรอบข้าง จากบุคลากรทางสุขภาพ ญาติผู้ดูแลสามารถรับรู้ได้ว่าพวกเขายังมีคนที่พร้อมรับฟังความทุกข์ต่างๆ มีแหล่งที่พร้อมจะช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์และเผชิญปัญหาได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Kulhara, Kate, Grover, & Nehra, 2012) อย่างไรก็ดีผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้อาการทางจิตไม่สามารถทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่การรับรู้อาการทางจิตเป็นปัจจัยที่ทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Lohacheewa et al., 2016)

การศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้อาการทางจิต สามารถทำนายประสบการณ์ทางลบจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 37.6 และพบว่าการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 9.8 แสดงให้เห็นว่าอาจมีตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถทำนายประสบการณ์จากการให้การดูแลของญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อีก ซึ่งควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม อย่างไรก็ดีจากการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือ

หรือสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้หรือสามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพต้องตระหนักถึงความสำคัญในการทำความเข้าใจให้กับญาติผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับอาการ รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่ถูกต้องเพื่อลดประสบการณ์ทางลบ และเพื่อให้เกิดประสบการณ์ทางบวกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นเข้าใจการใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และแนวทางในการเข้าถึงแหล่งความช่วยเหลือและทรัพยากรอื่น ๆ ที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลจิตเวชหรือทีมสุขภาพ ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความเข้าใจให้แก่ผู้ดูแลในการดูแลญาติที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเข้าใจถึงอาการทางจิตที่เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนแนวทางหรือมุมมองในเชิงบวกของการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้ญาติหรือผู้ดูแลใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษา พัฒนารูปแบบช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต วิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถดูแลเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากประสบการณ์ทางบวกและทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล เช่น การเผชิญปัญหา การปรับตัว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสภากาชาดไทยที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้และสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยที่สนับสนุนเรื่องเวลาที่ใช้เพื่อทำวิจัย และขอบพระคุณญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต (2560). *รายงานประจำปี*. กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2559. เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2561, จาก https://www.dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/view.asp?id=387

Addington, J. & Burnett, P., (2004). Working with families in the early stages of psychosis. *PsychologicalIntervention in Early Psychosis: A Treatment Handbook (eda Gleeson, J.F.M. & McGorry, P.D.)*, PP 99-116. John Wiley and Sons, Chicheste.

Addington, J., Coldham, E. L., Jones, B., Ko, T., & Addington, D. (2003). The first episode of psychosis: The experience of relatives. *Acta Psychiatric Scandinavia*, *108*, 285-289.

Compton, M. T., Kaslow, N. J, & Walker, E. F. (2004). Observations on parent/family

factors that may influence the duration of untreated psychosis among African American first-episode schizophrenia spectum patients. *Schizophrenia research*, *68*, 373-385.

Czuchta, D. M., & McCay, E. (2001). Help seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, *4*(8), 159-170.

Ferriter, M., & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*, 552-560.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, *21*, 219-239.

Grover, S., Chakrabarti, S., Aggarwal, M., Avasthi, A., Kulhara, P., Sharma, S., & Khehra, N. (2011). Comparative Study of the experience of caregiving in bipolar affective disorder and schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, *58*(6), 614-622.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2010). *Multivariate data analysis.* (7th ed.). NJ: Prentice-Hall.

Harvey, K., Burns, T., Fahy, T., Manley, C., & Tattan, T. (2001). Relatives of patients with severe psychotic illness: factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*, 456-461.

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. http://doi.org/10.5498/wjp.v2.i3.43

Lau, D., & Pang, A. (2007). Caregiving experience for Chinese caregivers of persons suffering from severe mental disorders. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, *17*, 75–80.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Psychological Stress and Coping Process.* New York: Springer.

Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapongam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological distress of family members caring for a relative with first episode Schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *20* (3), 183-195. Retrieved from https://www.tci- thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/42718.

McCann, T. V., Lubman, D. I., & Clark, E. (2009). First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin. 37*(2), 381-388.

Maj, M., Lopez-Ibor, J. J., Sartorius, N., Sato, M., & Okasha, A. (2005). *Early Detection and Management of Mental Disorders.* New Jersey: John Wiley & Sons.

Mo, F., Chung, W., Wong, S., Chun, D., Wong,

K, & Chan, S. (2008). Experience of caregiving in caregivers of patients with first episode psychosis. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, *18*, 101-6.

Pipatananod, P. (2002). *Caregiver Burden Predictive Model: An Empirical Test Among Caregivers for the Schizophrenic.* Unpublished Doctoral dissertation, Mahidol University, Thailand.

Provencher, H. L., Perreault, M., St-Onge, M., & Rousseau, M. (2003). Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*(5), 592-607.

Reed, S. (2008). First- episode psychosis: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *17*, 85-91.

Rungreangkulkij, S., Chafetz, L., Chesla, C., & Gilliss, C. (2002). Psychological morbidity of Thai families of a person with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, *39*, 35-50.

Saunders, J. C. (1997). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, *24*, 175-198.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal Of Behavioral Medicine*, *4*(4), 381-406.

Shives, L. R. (2006). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing.* (6th ed.). Lippincott Williams Wilkins.

Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, H., & Benson, A. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: The development of the experience of caregiving inventory. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, *31*, 137-148.

Tennakoon, L., Fannon, D., Doku, V., O'Ceallaigh, S., Soni William., Santamaria, M., Kuipers, E., & Sharma,T. (2000). Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 529-533.

Thorndike, R.M., (1978). *Correlational procedures for research.* Gardner Press, Inc., New York.

World Health Organization (WHO). (2015). *World health statistics 2015.* Switzerland: World Health Organization.

Yamachita, M. (1999). Newman's theory of health applied in family caregiving in Canada. *Nursing Science Quarterly*, *12*(1), 73-79.