

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA*

*Panya Yuenyongtrakul, B.N.S**, Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.***,
Sopin Sangon, RN, Ph.D.****, Nantiya Ekathikhomkit, RN, Ph.D.*****,
Thitima Sanguanvichaikul, M.D.******

Abstract

Objective: To investigate the relationships between burden, social support, resilience and depression in caregivers of persons with schizophrenia.

Methods: This study was a descriptive correlational research. The participants were 135 caregivers of persons with schizophrenia who received treatment at the outpatient department in a psychiatric hospital in Bangkok. They were selected by purposive sampling. The instruments for data collection included demographic questionnaire, Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), Zarit Burden Interview, Social Support Scale and Resilience Inventory. The data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: The results showed that 32.6 percent of participants had depression ($n = 44$). Burden was positively and significantly associated with depression ($r = .511, p = .000$). Social support and resilience were negatively and significantly associated with depression ($r = -.264, p = .002$; $r = -.363, p = .000$ respectively).

Conclusion: The results of this study provide significant information to develop the plan for reducing or protecting depression among caregivers of schizophrenic patients.

Keywords: caregivers, persons with schizophrenia, depression, burden, social support, resilience

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding author: Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*****Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*****Medical Doctor, Senior Professional Level, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Received: 18 March 2023, Revised: 3 July 2023, Accepted: 10 July 2023

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*

ปัญญา ยืนยงตระกูล, พย.บ.**, พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D.***,
 โสภณ แสงอ่อน, RN, Ph.D.****, นันทิยา เอกอริคมกิจ, RN, Ph.D.*****
 จูติมา สงวนวิชัยกุล, พ.บ.*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคมและความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 135 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.6 ($n = 44$) ความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .511, p = .000$) แรงสนับสนุนทางสังคมและความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.264, p = .002, r = -.363; p = .000$ ตามลำดับ)

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท, ภาวะซึมเศร้า, ความรู้สึกเป็นภาระ, แรงสนับสนุนทางสังคม, ความแข็งแกร่งในชีวิต

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*****อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*****นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันที่รับ: 18 มีนาคม 2566, วันที่แก้ไข: 3 กรกฎาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 10 กรกฎาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตที่พบบ่อย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2019 พบว่ามีประชากรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากถึง 21 ล้านคนจากประชากรทั่วโลก เป็นเพศชายประมาณ 12 ล้านคน และเพศหญิง 9 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2019) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.8 หรือประมาณ 400,000 คน (กรมสุขภาพจิต, 2561) โรคจิตเภทเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและรุนแรง จากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรค (Global burden of disease) พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ ประเมินร้อยละ 1.1 ของความสูญเสียสุขภาพทั้งหมดและจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ร้อยละ 2.8 (Rossler, et. al., 2005) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นกลุ่มที่ถูกรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในมากที่สุดของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2562 - 2564 พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล โดยมีจำนวน 275,000 - 285,000 รายต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2565)

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ความเรื้อรังจากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแล

ตนเองเป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทนในฐานะผู้ดูแล (Montgomery, et. al., 1985) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลนั้น ประกอบไปด้วย การดูแลด้านการดำเนินชีวิตทั่วไปของผู้ป่วย ทั้งสุขอนามัยส่วนบุคคลและการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค โดยการจัดการเกี่ยวกับอาการทางจิตและจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ป่วย ด้านการบริหารยาหรือการจัดเตรียมยาให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ และด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย (สาวินี คลังกา และคณะ, 2565; Tungpunkom et al., 2012)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นภาระที่หนัก เป็นงานที่จำเจ ไม่มีวันหยุด (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์, 2557) และได้รับผลกระทบโดยตรง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (อนันต์ศรี สมิทธีรินราเศรษฐ์, 2560) โดยที่ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และรับประทานอาหารได้น้อยลง (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) ด้านจิตใจ ได้แก่ รู้สึกท้อแท้ เครียด เศร้า และวิตกกังวล (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563; ชิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556) มีการรับรู้การดูแลสูง (จิตติยาภรณ์ พิมวรรณ และนิติदानาพประยุทธ์, 2564; สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์, 2559) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การเสีย

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและการประกอบอาชีพ สัมพันธภาพทางสังคมลดลง และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (Aneshensal et al., 1995) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความกดดันทางจิตใจ อาจขัดขวางต่อกระบวนการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ทำให้เกิดการปรับตัวไม่ดีหรือไม่สามารถปรับตัวได้ (สุนทรภรณ์ ทองไชย, 2558; อนันต์ศรี สมิทธิรัตนเศรษฐ์, 2560) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ก็อาจนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยคือภาวะซึมเศร้า

มีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในบริบทของต่างประเทศ อยู่ระหว่าง ร้อยละ 14 - 40 (Alipah et al., 2010; El-Tantawy et al., 2010; Fan, et. al., 2014; Magana et al., 2007; Rodrigo et al., 2013) ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทประเทศไทย อยู่ระหว่าง ร้อยละ 5-19.5 (เนติพิรุณ วัณศัทธา, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, และสุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2562; พิษณุ วัชรภากร, 2564; วิลาสินี พิเศษ และธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562; Rungwittayanuwat, 2016; Thunyadee et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ความสัมพันธ์ทางลบ ความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นอน และไม่มีความสัมพันธ์ ดังนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยในทางบวก ได้แก่ การรับรู้ตราบาป (Magana, et al., 2007) พฤติกรรมยอมจำนน (Bademli et al., 2018)

ความวิตกกังวล ความเครียด (Stanley et al., 2017) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยในทางลบ ได้แก่ การให้ความหมายของการดูแล (Yen & Lundeen, 2006) ความแข็งแกร่งในชีวิต (Fan, et al., 2014) แรงสนับสนุนทางสังคม (อมรา ชูพลศักดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ ชนัดดา แนนเกสร, 2561; Yen & Lundeen, 2006) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล (Magana, et al., 2007) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นอนกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระ (อมรา ชูพลศักดิ์ และคณะ, 2561; Bademli et al., 2018; Magana et al., 2007; Stanley et al., 2017) อาการทางจิตของผู้ป่วย (Magana et al., 2007; Stanley et al., 2017) อายุของผู้ดูแล (Bademli et al., 2018; Magana et al., 2007) ความเหนื่อยหน่าย (กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน, 2560; Tel & Ertekin, 2013) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก (อมรา ชูพลศักดิ์ และคณะ, 2561) สถานภาพสมรส เพศของผู้ป่วย และเพศของผู้ดูแล (Magana et al., 2007)

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ และความสัมพันธ์บางตัวแปรกับภาวะซึมเศร้ามีผลการศึกษาที่ไม่แน่นอน เช่น ความรู้สึกเป็นภาระ และยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง มีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชเท่านั้น (Yen & Lundeen, 2006) นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตกับ

ภาวะซึมเศร้าในบริบทของประเทศไทย การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ด้านความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคมและความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะที่จิตใจหดหู่ เศร้าสร้อย หม่นหมอง รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ มองตนเองในแง่ลบ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ เฉื่อยชา แยกตัว ความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลง (Radloff, 1977) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มี

บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทุ่มเททั้งร่างกาย แรงใจในการดูแลผู้ป่วย จึงน่าจะรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ หดหู่ มีความกดดันภายในจิตใจจนเกิดภาวะซึมเศร้า (พิชญ์ วชิราภากร, 2564; สุพัตรา บำรุงจิตร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2562; Bademli et al., 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลาย โดยปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิต ดังนี้

ความรู้สึกเป็นภาระ (burden) หมายถึง ความรู้สึกถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเอง เกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลได้รับการกระตุ้นเร้าหรืออาจส่งผลให้เกิดความตึงเครียดด้านจิตใจ (psychological distress) ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระมี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) (Zarit, 2008) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะต้องคอยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดำเนินชีวิต (Montgomery et al., 1985) รู้สึกอึดอัด

ใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย รู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วยในขณะที่ต้องรับผิดชอบงานอื่น ๆ จนกระทั่งไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตนเอง ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และรู้สึกว่าไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (Zarit, 2008) มีการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งกายและวาจา ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ (วิลาสินี พิเศษ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562) และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้นจะมีภาวะซึมเศร้า (เฉิดพิรุ วินศปัทมา และคณะ, 2562) อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์ไม่แน่นอนกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยที่การศึกษาของ Bademli et al. (2018) และ Magana et al. (2007) พบว่าความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่การศึกษาของ Stanley et al. (2017) พบว่าความรู้สึกเป็นภาระเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันในด้านต่าง ๆ จนทำให้เกิดความผูกพันในการดูแลเอาใจใส่และวางใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ (House, 1981) เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น มีผู้แสดงความเอาใจใส่ให้กำลังใจ คอยรับฟังเมื่อมีความทุกข์ใจหรือไม่

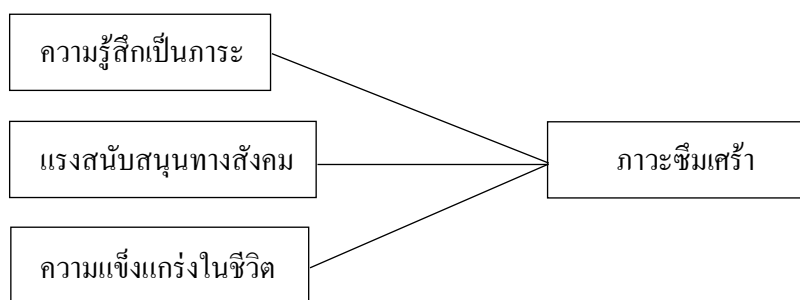
สบายใจที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย 2) การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า เช่น ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคมที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่ามีความค่าในตนเองและเป็นคนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น ได้รับการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยก็มีผู้ที่คอยให้คำแนะนำและช่วยแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายหรือสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ จากผู้อื่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่หวังผลตอบแทน (House, 1981) ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ สามารถแก้ปัญหา และมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผลักดันให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมั่นใจ และสามารถลดความตึงเครียดภายในจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ ส่งผลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (อนันต์ศรี สมิทธิ นราเศรษฐ์, 2560) ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจึงน่าจะมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าน้อย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช (Yen & Lundeen, 2006)

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการปรับตัวทางบวกให้สามารถเผชิญและจัดการกับ

สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความยากลำบาก หรือเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตได้อย่างเหมาะสม (พัชรินทร์ นันทจันทร์, 2558; Grothberg, 1995) ซึ่งตามแนวคิดของ Grothberg (1995) ความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) I have (ฉันมี...) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็นคน...) หมายถึง ความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) หมายถึง การมีทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จากแนวคิดดังกล่าว จึงน่าจะเชื่อมโยงได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงเมื่อต้องพบเจอกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอุปสรรคปัญหา ก็จะสามารถจัดการกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (I can) มีครอบครัวหรือบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจ (I have) มีความรู้สึก

ภูมิใจในตนเองที่สามารถแก้ไขสถานการณ์และผ่านอุปสรรคปัญหานั้นไปได้ (I am) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต จะมั่นใจว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือกดดันภายในจิตใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง น่าจะมีภาวะซึมเศร้าน้อย (ภาคินิ เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2563; Fan et al., 2014; Grothberg, 1999) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Fan et al., 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิต น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่มารับการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน เขย สะใภ้ หรือ ผู้ดูแลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเวช 2) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและไม่ได้รับค่าตอบแทน 3) สามารถพูดสื่อสาร ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้การวิเคราะห์กำลังทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, (1988) โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1 (Faul, et. al., 2007) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (อมรา ชูลลัสต์ย และคณะ, 2561; Bademli et al., 2018; Fan et al., 2014; Magana et al., 2007; Yen, & Lundeen, 2006) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ ให้อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 123 ราย เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์

ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อีก ร้อยละ 10 การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 135 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว เป็นคำถามให้เลือกตอบและเขียนตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)) ซึ่งพัฒนาโดยแรดลอฟ (Radloff, 1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน บันดี และสมพร เจริมชัยศรี (2533) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วันในหนึ่งสัปดาห์ (0 คะแนน) มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1 - 2 วันในหนึ่งสัปดาห์ (1 คะแนน) มีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3 - 4 วันในหนึ่งสัปดาห์ (2 คะแนน) และมีความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5 - 7 วันในหนึ่งสัปดาห์ (3 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 60 คะแนน

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยผ่านการวิเคราะห์หาค่าความไว ความจำเพาะและ

ค่ามาตรฐาน เพื่อบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับคนไทย พบว่า ค่าคะแนนรวมมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าและมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 (วิไล คุปต์นิวัติศัลยกุล และพนม เกตุมาน, 2540) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้มาหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit Burden Interview) พัฒนาโดยซาริท และซาริท (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดยชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความดึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) และ เป็นประจำ (4 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 88 คะแนน โดยที่ คะแนนรวมสูงหมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 (ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554) แบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้นำมาหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ส่วนที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale) พัฒนาโดย ดวงรัตน์ แซ่เตียว จากแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981, อ้างถึงใน ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) และนำมาดัดแปลงโดยจิราพร รักการ (2549) แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางทรัพยากร 3) การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นค่า และ 4) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) และ ตลอดเวลา (5 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 19 - 95 คะแนน โดยที่คะแนนรวมสูงหมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 (จิราพร รักการ, 2549) ผู้วิจัยได้นำมาหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .71 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) ซึ่งพัฒนาโดย พชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) ตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) "I have" (เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต) 2) "I am" (เป็นความเข้มแข็งภายในของ

แต่ละบุคคล) และ 3) “I can” (เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อแสดงระดับของความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เฉย ๆ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน โดยที่คะแนนสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตมากแบบประเมินนี้ผู้วิจัยได้นำมาหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .91 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่รับรอง COA. MURA2020/1633 และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในกรุงเทพมหานคร เลขที่รับรอง SD.IRB.APPROVAL 002/2564 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการระยะเวลาและประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาและอธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมหรือปฏิเสธหรือถอนตัวจากการทำวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยของทางโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ข้อมูลที่ได้นั้นจะนำไปใช้

ประโยชน์เชิงวิชาการและรายงานผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยติดต่อเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ตามวันและเวลาที่กำหนด สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการทำวิจัยโดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิในการรับบริการตามปกติ จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารการยินยอม ตอบแบบสอบถามช่วงเวลา ที่รอพบแพทย์ ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อจำกัดด้านการอ่าน ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

3. ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และลงรหัสข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 33.3 มีอายุเฉลี่ย 46.41 ปี (SD = 11.84) สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.5 นับถือศาสนาพุทธ

ร้อยละ 93.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 48.9 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.3 ที่มาของรายได้คือ จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 76.3 มีรายได้เพียงพอจากรายจ่าย ร้อยละ 64.4 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพี่/น้อง ร้อยละ 25.2 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 39.3 ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 9.18 ปี (SD = 6.64) และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.8 ดังตารางที่ 1

2. ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติบรรยาย (ตารางที่ 2) มีดังนี้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 15.02 (SD = 7.73) มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.6 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 67.57

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 135)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	34.1
หญิง	89	65.9
อายุ (Mean = 46.41, SD = 11.84, Min = 18, Max = 73)		
18 - 29 ปี	14	10.4
30 - 39 ปี	22	16.3
40 - 49 ปี	45	33.3
50 - 59 ปี	33	24.4
60 ปี ขึ้นไป	21	15.6

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 135) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	2.2
ประถมศึกษา	27	20
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	11.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	27	20
ปวส./อนุปริญญา	10	7.5
ปริญญาตรี	52	38.5
อื่นๆ	1	0.7
ศาสนา		
พุทธ	126	93.3
คริสต์	4	3
อิสลาม	5	3.7
อื่น ๆ	0	0
สถานภาพสมรส		
โสด	46	34
หย่า	9	6.7
คู่	66	48.9
แยกกันอยู่	5	3.7
หม้าย	9	6.7
อาชีพ		
ว่างงาน	31	23
เกษตรกรรม	6	4.4
ค้าขาย	29	21.5
ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	13	9.6
รับจ้างทั่วไป	49	36.3
อื่น ๆ	7	5.2
ที่มาของรายได้		
การประกอบอาชีพ	103	76.3
จากญาติพี่น้อง	17	12.6
สวัสดิการของภาครัฐ	15	11.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 135) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	48	35.6
เพียงพอกับรายจ่าย	87	64.4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	15	11.1
มารดา	31	22.9
สามี/ภรรยา	20	14.8
พี่/น้อง	34	25.2
บุตร	21	15.6
หลาน	5	3.7
เชย/สะใภ้	2	1.5
อื่น ๆ (คูรัก, เพื่อน)	7	5.2
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า 5 ปี	53	39.3
6 - 10 ปี	35	25.9
11 - 15 ปี	24	17.8
16 - 20 ปี	17	12.6

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระเท่ากับ 24.10 (SD = 14.88) เมื่อแบ่งระดับความรู้สึกเป็นภาระ พบว่า ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 51.9 มีความรู้สึกเป็นภาระระดับน้อย ร้อยละ 32.6 มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง ร้อยละ 14.8 และมีความรู้สึกเป็นภาระระดับมาก ร้อยละ 0.7

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 67.57 (SD = 10.85) เมื่อแบ่งระดับ

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ร้อยละ 2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 47.4 แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 45.2 และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด ร้อยละ 5.2 คะแนน สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ตามองค์ประกอบ 4 ด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.06 (SD = 3.88) การสนับสนุนด้านทรัพยากร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.36 (SD = 4.74) การสนับสนุนด้านการยอมรับและ

การเห็นค่า ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.83 (SD = 3.39) และการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.30 (SD = 3.15)

ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 112.77 (SD = 11.32) โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตน้อยกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 71 คน คิดเป็น ร้อยละ 52.6 และมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย

จำนวน 64 คน คิดเป็น ร้อยละ 47.4 สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต ด้าน 'I have (ฉันมี...)' เท่ากับ 35.79 (SD = 4.15) ค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต ด้าน 'I am (ฉันเป็นคนที่...)' เท่ากับ 40.84 (SD = 4.25) และค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต ด้าน 'I can (ฉันสามารถที่จะ...)' เท่ากับ 36.14 (SD = 3.79)

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 135)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		จำนวน (ร้อยละ)	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง Mean (SD)		
ภาวะซึมเศร้า	0 - 18	1 - 39	91 (67.4)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
	19 - 60	15.02 (7.73)	44 (32.6)	มีภาวะซึมเศร้า
ความรู้สึกเป็นภาระ	0 - 20	1 - 65	70 (51.9)	ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ
	21 - 40	24.10 (14.88)	44 (32.6)	ความรู้สึกเป็นภาระระดับน้อย
	41 - 60		20 (14.8)	ความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง
	61 - 88		1 (0.7)	ความรู้สึกเป็นภาระระดับมาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	19 - 95	43 - 92	7 (5.2)	แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด
		67.57 (10.85)	61 (45.2)	แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง
			64 (47.4)	แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
			3 (2.2)	แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
ความแข็งแกร่งในชีวิต	28 - 140	58 - 137	71 (52.60)	น้อยกว่าค่าเฉลี่ย
		112.77 (11.32)	64 (47.40)	มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .511, p = .000$) แรงสนับสนุน

ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.264, p = .002$) และความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.363, p = .000$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้า ($n = 135$)

ตัวแปร	r	p-value
ความรู้สึกเป็นภาระ	.511	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.264	.002
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.363	.000

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระเท่ากับ 24.10 ($SD = 14.88$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ร้อยละ 51.9) สอดคล้องกับการศึกษาของรจนานพคุณ (2550) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับการรับรู้ที่ไม่เป็นภาระการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ปี จึงอาจจะยังอยู่ในช่วงของการปรับตัว และมีความกระตือรือร้นในการ

ดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา/ มารดา พี่น้อง จะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความรัก ความเอาใจใส่ เป็นหน้าที่อันหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถึงแม้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับผลกระทบต่อความผาสุกทางใจของตนเองก็ตาม (แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2555; เลอติภรณ์ มหิพันธุ์ และคณะ 2560; วาสนานามเหลา, 2559) อย่างไรก็ตาม โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักมีอาการทางจิตที่หลงเหลือจากการรักษาและไม่หายขาด ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียดด้านจิตใจ รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ วิตกกังวลหรือซึมเศร้าได้ (สุพัตรา

บำรุงจิต และคณะ, 2562)

จากผลวิจัยในครั้งนี้พบว่าความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .511, p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bademli et al., (2018) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาวตุรกี และการศึกษาของ Magana et al., (2007) ที่ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาวลาตินอเมริกา โดยทั้งสองการศึกษานี้พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจสามารถอธิบายตามแนวคิดของซาริท (2008) ได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ต้องคอยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมหรือต้องพบเจอกับประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ความผิดปกติของอาการทางจิตที่ยังหลงเหลือจากการรักษา พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าวทั้งกายและวาจาที่ต้องคอยสังเกตอาการแสดงทางจิตของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จนเกิดเป็นความรู้สึกและทัศนคติด้านลบ เช่น หงุดหงิดใจหรืออึดอัดใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย รู้สึกเกรียที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในขณะที่ต้องรับผิดชอบงานอื่น ๆ จนกระทั่งไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตนเองจนทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และรู้สึกว่าไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ ในขณะที่เดียวกันก็มีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับอนาคตของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยต้องพึ่งพาตนเองตลอดเวลา รู้สึกว่าตนเองน่าจะดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าที่เป็นอยู่ อยากให้บุคคลอื่นในครอบครัวมาดูแลผู้ป่วยแทนเพราะรู้สึกไม่มั่นคง

แน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองทำให้กับผู้ป่วย

ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดำเนินชีวิต (Zarit, 2008) ผลกระทบต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเอง จนมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้นจะมีภาวะซึมเศร้า (เจดพิฐ วินศปัทมา และคณะ, 2562; ภาคินี เดชชัยศ และคณะ, 2563; วิลาสินี พิเศษ และธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562; Montgomery et al., 1985) จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระมากมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามาก

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.4) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (ร้อยละ 45.2) ตามลำดับ และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.264, p = .002$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yen & Lundeen (2006) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและการศึกษาของอมรา ชูพลสตัย และคณะ (2561) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมก็พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน อาจอธิบายได้ว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงเป็นภาระงานที่หนัก

ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกและอารมณ์ต่าง ๆ ในด้านลบ เพราะต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด และการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม (ภากินี เดชชัยยศ และคณะ, 2563) การมีผู้แสดงความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ คอยรับฟังเมื่อมีความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ อันจะทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (emotional support) ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม ที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่ามีความคุณค่าในตนเอง และเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่ถูกตีตราจากสังคม (appraisal support) รวมทั้งได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยก็มีผู้ที่คอยให้คำแนะนำ (informational support) และการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรือสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ จากผู้อื่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่หวังผลตอบแทน (instrument support) (House, 1987) เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ น่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือกดดันภายในจิตใจที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (ภากินี เดชชัยยศ และคณะ, 2563; เลอลักษณ์ มหิพันธุ์ และคณะ, 2560) จึงอาจแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจึงมีแนวโน้ม

ที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษา พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.363, p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fan et al. (2014) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาวไต้หวัน พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ อาจอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงเมื่อต้องเผชิญความยุ่งยากลำบากหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต บุคคลจะมีความสามารถหรือมีศักยภาพภายในที่จะก้าวผ่านอุปสรรค พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ในเวลาอันรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเติบโตขึ้นและเข้าใจชีวิตมากขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) 'I have' (ฉันมี...), 2) 'I am' (ฉันเป็นคนที่เป็น...), และ 3) 'I can' (ฉันสามารถที่จะ...) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะมีลักษณะของครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง สามารถไว้วางใจและเชื่อใจได้ เป็นกำลังใจและสนับสนุน เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่าง ๆ คอยอบรมสั่งสอน ว่าอะไรควรหรือไม่ควรเพื่อไม่เกิดปัญหาสร้างความยุ่งยากใจมาสู่

ตนเอง มีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแลเรื่อง การศึกษาและสุขภาพ มีแหล่งให้ตนเองรับ การบริการ/สวัสดิการทางสังคม (I have) ในขณะเดียวกัน ก็เป็นคนที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นคนที่รู้จัก เห็นอกเห็นใจ ห่วงใยคนอื่น วางแผนในอนาคตที่ เป็นไปได้ในความเป็นจริง มีความหวังเสมอและ เชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี แม้จะ อยู่ในภาวะยากลำบากและมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ (I am) รวมทั้งจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ หรือจัดการกับ ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ หากทางออกหรือวิธีการใหม่ ๆ บอกผู้อื่นได้เกี่ยวกับ ความคิดความรู้สึกของตนเอง ขอความช่วยเหลือ จากผู้อื่นได้ในเวลาที่ต้องการ รู้จักเลือกจังหวะเวลา และรู้กาลเทศะที่เหมาะสมในการแสดงออกทั้งด้าน การพูดและการกระทำ มีการผ่อนคลายความตึง เครียดของตนเอง (I can) (พัชรินทร์ นันทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) จึงจะเห็นได้ว่าความ แข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพของบุคคลที่เกิดจาก การผสมผสานลักษณะทางบวกที่จะช่วยให้บุคคล สามารถเผชิญและต่อสู้กับความเครียดหรือความ เลวร้ายในชีวิต อันจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าหรือ ป้องกันบุคคลจากการเกิดโรคซึมเศร้าได้ (โสภณ แสงอ่อน, 2558) จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจึงมีแนวโน้มที่จะ มีภาวะซึมเศร้าต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกเป็นภาระ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลด

ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทได้ตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทาง สังคมที่มีอยู่และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทาง สังคม

3. ผลการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งใน ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการจัดโปรแกรมการ เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้า

4. ควรมีการขยายการศึกษาความสัมพันธ์ ของตัวแปรต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในเขตพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทสังคมแตกต่างกัน และควรมีการศึกษาเชิงทำนายหรือความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุของตัวแปรต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า อัน จะช่วยให้เข้าใจภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัย ครั้งนี้จนสำเร็จ ขอขอบคุณบุคลากรผู้เกี่ยวข้องใน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณผู้เข้าร่วม วิจัยทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2561. <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/>
- กรมสุขภาพจิต. (2565). สถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 308-314.
- แก้วดา มีศรี และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1) 35-49.
- จิราพร รักกลาง. (2549). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจดพิรุ วนศิปัทมา, กอบหทัย สิทธิธรรมา, และสุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2562). ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(3), 283-296.
- ชนัญชิดาคุณี ทูลศิริ, รัชนิ สรรเสริฐ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- จิตติยาภรณ์ พิมพ์วรรณ, และนิสิตา นาทประยูร. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(2), 203-216.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีศักดิ์ กสิผล, พิจิตรา ชุนหุทธิธรรม, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ชนิกาเจริญจิตต์กุล, ศิริยุพา นันนุสนานนท์, อัมพันธ์ จารุทัสนางกูร. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 102-115.

- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี, และสมพร เจริญชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความทรงจำของแบบสอบถามความเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21, 26-45.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 57-66.
- พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ. (2555). โปรแกรมการสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต (*A resilience – enhancing program*). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ นันทจันทร์. (2558). ความแข็งแกร่งในชีวิต แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้ (*Resilience: Concept, Assessment, and Application*). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิษณุ วชิราภรณ์. (2564). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(2), 82-91.
- ภาภรณ์ เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และกรภัทร เสงี่ยมทรัพย์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 170-181.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4): ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เลอลักษณ์ มหิพันธุ์, ชนัดดา แนนเกษร, และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(2), 29-42.
- วาสนา นามเหลา. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิลาสินี พิเศษ และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกละอายใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 317-336.

- วิไล คุปต์นริตติสกุล และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบ สอบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม *วารสารสภา การพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สาวินี กลังกา, ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล, และอรุณฉวี ใจเที่ยง. (2565). การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่ง หนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 31-41.
- สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2559). ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 31(3), 139-148.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบท สังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-168.
- สุพัตรา บำรุงจิตร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยทำนายความผูกพันทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 148-159.
- โสภณ แสงอ่อน. (2558). ภาวะซึมเศร้า: ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และความแข็งแกร่งในชีวิต. ใน พัชรินทร์ นินทจันทร์ (บรรณาธิการ), *ความแข็งแกร่งในชีวิต แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้* (หน้า 93-114). จุฑาทอง.
- อนันต์ศรี สมิทธีนาเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการ ปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(3), 43-56.
- อมรา ชูพลศักดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และชนิดดา นนบเกสร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 67(2), 36-43.
- Alipah, B., Tutiiryani, D., Ainsah, O., & Osman, C. B. (2010). Depressive disorders and family functioning among the caregivers of patients with schizophrenia. *East Asian Archives of Psychiatry*, 20(3), 101-108.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. Elsevier.
- Bademli, K., Lok, N., & Kılıç, A. K. (2018). The relationship between the burden of caregiving, submissive behaviors and depressive symptoms in primary caregivers of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 229-234.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Lawrence Erlbaum Associates.
- El-Tantawy, A. M. A., Raya, Y. M., & Zaki, A. M. K. (2010). Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Current Psychiatry*, 17(3), 15-25.
- Fan, Y. C., Chen, M. B., Lin, K. C., Bai, Y. M., & Wei, S. J. (2014). The resilience and health status of primary caregivers of schizophrenia patients. *The Journal of Nursing*, 61(6), 29-39.
- Faul, F., Erdfelder, E., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *The Journal Behavior Research Methods*, 39(3), 175-191.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4(1), 65-72.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison- Wesley.
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- 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.

- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(4), 19-26.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rodrigo, C., Fernando, T., Rajapakse, S., De Silva, V., & Hanwell, R. (2013). Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 1-5.
- Rossler, W., Salize, H. J., Van Os, J., & Riecher-Rossler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409.
- Rungwittayanuwat, P. (2016). *Prevalence and factors associated with depressive episode among caregivers of patients with schizophrenia*. Thesis Master of Science (Clinical Psychology), Mahidol University.
- Stanley, S., Balakrishnan, S., & Ilangovan, S. (2017). Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 26(2), 134-141.
- Tel, H., & Ertekin, P.S. (2013). Investigation of the relationship between burnout and depression in primary caregivers of patients with chronic mental problems. *Journal of Psychiatry Nurse*, 4, 145-152.
- Thunyadee, C., Sitthimongkol, Y., Sangon, S., Chai-Aroon, T., & Hegadoren, K. M. (2015). Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences*, 17(4), 412-419.
- Tungpunkom, P., Maayan, N., & Soares-Weiser, K. (2012). Life skill programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database of systematic Review*, 18(1), 1-64.
- World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Yen, W. J., & Lundeen, S. (2006). The association between meaning of caregiving, perceived social support and level of depression of Taiwanese caregivers of mentally ill patients. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 12(1), 1378-1392.
- Zarit, S. H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. In C. Duyckaerts & I. Litvan. (Eds.) *Handbook of Clinical Neurology* (pp.101-106). Pennsylvania: Elsevier.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. University Park, PA: Penn State University Gerontology Center.