

MENTAL HEALTH LITERACY, PERCEIVED STRESS AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA AFTER THE COVID-19 PANDEMIC*

*Noppajohn Srisiri, B.N.S. **, Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D. ***, Sombat Skulphan, Ph.D. *****

Abstract

Objective: To study the level and relationship of mental health literacy, perceived stress, and psychological distress among caregivers of people with schizophrenia after the COVID-19 pandemic.

Methods: This was a descriptive correlational study. The sample consisted of 125 caregivers of people with schizophrenia who received outpatient psychiatric care at a psychiatric hospital for adults under the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, in the central region. Participants were selected according to inclusion criteria. The instruments included: 1) a personal information questionnaire of the caregiver and the person with schizophrenia, 2) Mental Health Literacy Scale, 3) Perceived Stress Scale, and 4) Psychological Distress Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation.

Results: After the COVID-19 pandemic, caregivers of people with schizophrenia had a moderate level of mental health literacy (45.6%, mean = 203.26, SD = 34.30), low stress (76.8%, mean = 18.67, SD = 6.26), and psychological distress with a tendency to be mildly abnormal (25.6%, mean = 21.22, SD = 7.77). Mental health literacy was negatively correlated at a low level with caregiver stress ($r = -.27$), particularly in the components of attitude ($r = -.38$), self-help ($r = -.28$), and mental health information seeking ($r = -.31$), with statistical significance (p -value $< .01$). Mental health literacy was not correlated with psychological distress; however, the three components mentioned above were also negatively correlated at a low level with psychological distress.

Conclusion: Mental health literacy was negatively correlated at a low level with caregiver stress. Three components were negatively correlated with both stress and psychological distress with statistical significance. The findings may be applied by healthcare personnel in the care of people with schizophrenia by promoting mental health literacy among caregivers, monitoring and assessing their stress, and providing appropriate support.

Keywords: caregiver, schizophrenia, COVID-19 pandemic, mental health literacy, perceived stress, psychological distress

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***Corresponding author: Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received: 25 May 2025, Revised: 1 April 2026, Accepted: 9 April 2026

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจ ในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19*

นภจร ศรีศิริ, พย.บ. **, ภัทราภรณ์ ภทรสกุล, Ph.D. ***, สมบัติ สุกุลพรรณ, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สำหรับผู้ใหญ่แห่งหนึ่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขของพื้นที่เขตภาคกลาง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 125 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 3) แบบวัดความรู้สึกเครียด 4) แบบประเมินความทุกข์ทางใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา : พบว่า ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.6, mean = 203.26, SD = 34.30) ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.8, mean = 18.67, SD = 6.26) และความทุกข์ทางใจมีแนวโน้มที่จะผิดปกติเล็กน้อย (ร้อยละ 25.6, mean = 21.22, SD = 7.77) โดยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของผู้ดูแล ($r = -.27$) โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านทัศนคติ ($r = -.38$) การช่วยเหลือตนเอง ($r = -.28$) และการค้นหาข้อมูลสุขภาพจิต ($r = -.31$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .01$) ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจ แต่พบว่าองค์ประกอบย่อยทั้ง 3 ด้านดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทางใจในระดับต่ำเช่นกัน

สรุป : ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของผู้ดูแล โดยองค์ประกอบ 3 ด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดและความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ องค์ความรู้จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปปรับใช้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ติดตาม/ประเมินความเครียดเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, โรคจิตเภท, การแพร่ระบาดของโควิด-19, ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, การรับรู้ความเครียด, ความทุกข์ทางใจ

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: patraporn.t@cmu.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 25 พฤษภาคม 2568, วันที่แก้ไข: 1 เมษายน 2569, วันที่ตอบรับ: 9 เมษายน 2569

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง ส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้มีความพร้อมในการคิด พฤติกรรม การรับรู้ อารมณ์ และภาษา จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด (WHO, 2016; กรมสุขภาพจิต, 2560) โรคนี้จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO, (2022) พบว่าโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อประชากรโลกประมาณ 24 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.32 และพบในผู้ใหญ่มากขึ้นร้อยละ 0.45 นอกจากนี้ เพศชายมีความชุกของการเกิดโรคมามากกว่าเพศหญิง (Orrico-Sánchez et al., 2020) ในประเทศไทย ปี 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการทั้งหมด 2,904,328 ราย และในจำนวนนั้นร้อยละ 10.32 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2566) จากข้อมูลระดับชาติสุขภาพจิตคนไทย ปี 2561 ความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภทอยู่ที่ร้อยละ 0.7 และความชุกปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 0.67 (ปทานนท์ ขวัญสินี และ มานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคมามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี (Kumar & Mohanty, 2016) แม้อาการสงบ ผู้ป่วยยังคงมี Residual Symptoms ซึ่งทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส ญาติ หรือผู้ใกล้ชิด ซึ่งมีแรงจูงใจในการดูแลด้วยความรักและความผูกพัน (อนันต์ศรี สมิตินราเศรษฐ์, 2560) ผู้ดูแลหลักต้องดูแลใน 3 ด้าน ได้แก่ การดำเนินชีวิต อาการทางจิต และการใช้ยา (ภัทรภรณ์ พุ่มปั้นคำ และคณะ, 2560) จากการ

ทบทวนของผู้วิจัยพบว่าในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดผลกระทบด้วยกัน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาการนอน (อนันต์ศรี สมิตินราเศรษฐ์, 2560; Tungpunkom et al., 2013) 2) ด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ซึมเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดกำลังใจ (ลัญชนา พิมพ์นัรัชชัยบุญลย์ และคณะ, 2564; Riley-McHugh et al., 2016) 3) ด้านจิตวิญญาณ เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว การถูกตีตรา (Tungpunkom et al., 2013) 4) ด้านสังคม เช่น การขาดกิจกรรมทางสังคม การแยกตัว (Tamizi et al., 2020) 5) ด้านเศรษฐกิจ เช่น ภาระค่าใช้จ่าย การสูญเสียรายได้ในครอบครัว (Tungpunkom et al., 2013)

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้วิถีชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพและปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่แน่นอน ส่วนผู้ดูแลต้องเผชิญกับความซับซ้อนในบทบาทของตนและภาระที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ ผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลเมื่อสถานการณ์จะคลี่คลายแล้ว (Eckardt J, 2020; Bourmistrova et al., 2022; Yasuma et al., 2021) 2) ด้านร่างกาย ทำให้เกิดภาวะ Long Covid เกิดความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ (Lemhöfer et al., 2021) 3) ด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ลดลง ว่างาน (ขงยุทธ แฉล้มวงษ์ และสิริวิษญ์ รัตนประทีปทอง, 2564; Caqueo-Urizar et al., 2021) 4) การปรับตัววิถีชีวิต เช่น การสวม

อุปกรณ์ป้องกันโรค การใช้เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ ความเสี่ยงติดเชื้อ (Irani et al., 2021; Kozloff et al., 2020) 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่เปลี่ยนไป เช่น ระบบ Telehealth อาจเพิ่มภาระผู้ดูแลในการเรียนรู้ระบบใหม่ (Sánchez-Guarnido et al., 2021) และ 6) ด้านการรักษาผู้ป่วยใน โดยพบว่ามีความเสี่ยงเกิดการระบาดของโรคในหอผู้ป่วย (จริญ มาลาศรี และคณะ, 2566; กรมสุขภาพจิต, 2565; Zoghbi et al., 2022)

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังการระบาดของโควิด-19 รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับความทุกข์ทางใจในผู้ดูแล ยังไม่มีปรากฏอย่างชัดเจนเพียงพอ ทั้งที่ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด ความทุกข์ทางใจ และความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ในผู้ดูแล คาดว่าผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยพัฒนามาตรการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด

และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

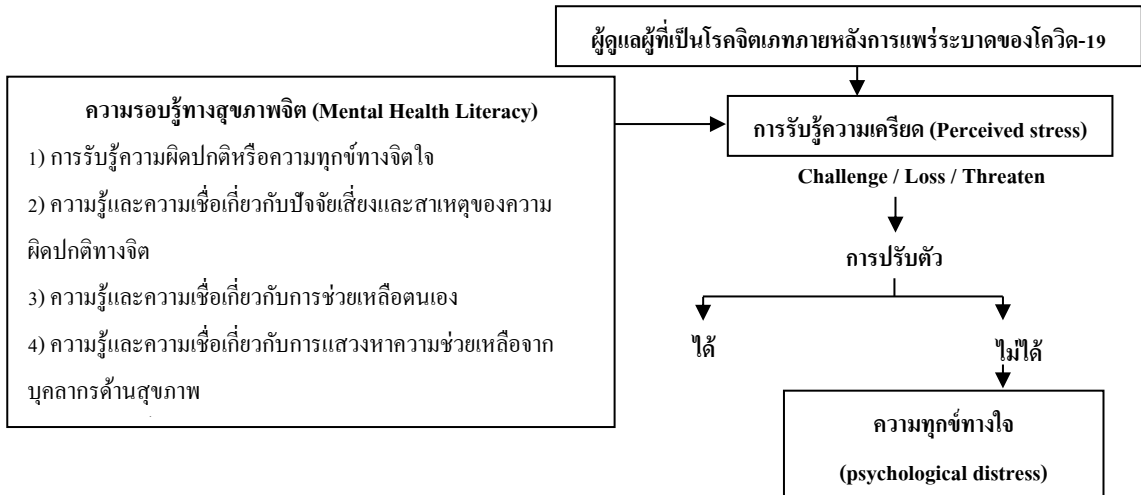
กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการระบาดของโควิด-19 ยังไม่มีปรากฏอย่างชัดเจนเพียงพอ รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับความทุกข์ทางใจในผู้ดูแล การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด ความเครียดของลาซารัส และ โพลต์แมน ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน ความเครียด (Stress) เกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่าเกินขีดความสามารถในการรับมือ เกิดความไม่สมดุลจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ โดยผู้ดูแลที่ขาดแหล่งประโยชน์หรือทรัพยากร เช่น ความรู้ด้านสุขภาพจิต จะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคาม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจ (นันทมนต์ ภูมิสุข และเพ็ญภา แฉงด้อมยุทธ์, 2557) ความทุกข์ทางใจ (psychological distress) คือภาวะทางอารมณ์ที่ประกอบด้วยอาการ ซึมเศร้าและวิตกกังวล (Kessler & Mroczek, 1994) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และอายุผู้ดูแล (วัชรพร เกียงภา และคณะ, 2563) โดยผลกระทบในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากการทบทวนมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ และนอกจากนี้ยังได้รับผลกระทบหลายด้านจากสถานการณ์ภายหลังการ

แพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ทำให้การให้การดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย ด้านผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ด้านการปรับตัววิถีชีวิตใหม่ ด้านการรับบริการทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านการรับการรักษาในหอผู้ป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ดังกล่าว ตามภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่าหากไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้ความเครียดในทางลบ เช่น รู้สึกถูกคามรู้สึกอันตรายหรือสูญเสีย ทำให้เกิดภาวะเครียดสูง หากไม่สามารถปรับตัวได้อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจ และนำไปสู่การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตตามมา แต่หากผู้ดูแลเกิดการรับรู้ในทางบวก ผู้ดูแลจะมองสิ่งที่เข้ามากระทบเป็นความท้าทาย เกิดคุณประโยชน์ และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้จากการประเมินความสามารถของตนในปัจจุบันส่วนบุคคลหรือแหล่งประโยชน์ที่ตนมี มาช่วยในการหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ซึ่งความรู้ทางสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการนี้

ตามแนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน โดยประกอบด้วย การมีสติปัญญา มีความคิดเป็นเหตุเป็นผล จะส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ได้ตามความเป็นจริง และมีความเชื่อว่าตนจัดการกับปัญหาได้ มองสถานการณ์เป็นความท้าทาย (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตจะมีความทุกข์ทางใจต่ำ (นัทธมนต์ จิมสุข และ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557) และความรู้ทางสุขภาพจิตช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการสถานการณ์และลดความเครียดได้ (Tambling et al., 2021) ตามแนวคิดของ Jorm (2000)

ความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) หมายถึง ความรู้และความเชื่อที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตในภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง อาจมีสัมพันธกับการรับรู้ความเครียดที่ลดลงได้ เนื่องจากบุคคลเกิดความสามารถด้านรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติทางจิต มีทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดความเครียดต่อสุขภาพจิต มีความรู้ความเชื่อในการหาแหล่งประโยชน์และความช่วยเหลือที่เหมาะสม ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเป็นส่วนที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความเครียดด้วยความเชื่อที่เปลี่ยนไปในทางบวกมากขึ้น บุคคลจะรับรู้ความเครียดตามความเป็นจริงและเชื่อว่าตนสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดความเครียดได้ ซึ่งหากปรับตัวหลังรับรู้ความเครียดได้จะมีแนวโน้มให้เกิดความทุกข์ทางใจที่ลดลง แต่ทางตรงกันข้ามหากปรับตัวไม่ได้ จะก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจตามมา ดังนั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตจึงอาจมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจที่ลดลงได้ โดยแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ดังแผนภาพกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด ความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่รับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยงานแห่งหนึ่งในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ประชากร

ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามรหัส F20.0 - F20.9 เกณฑ์การจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคกลาง ประกอบด้วย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยอ้างอิงจากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในแผนก

ผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยสุ่มเลือกจากหน่วยงานแห่งหนึ่งในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคกลาง สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 4 แห่ง จ้างลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือก 1 แห่ง จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเป็นผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหน่วยงานแห่งหนึ่งในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตภาคกลาง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2567 โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.01 อำนาจการ

ทดสอบ 0.8 นัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผู้วิจัยพิจารณาใช้ขนาดของอิทธิพลที่โคเฮน (Cohen, 1977) ได้กำหนดไว้ในประเภทการทดสอบของ Pearson's correlation coefficient ใช้ขนาดกลางที่ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.3 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวน 125 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

1. อายุ 20 - 60 ปี
2. ให้การดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี
3. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับยา ณ แผนกผู้ป่วยนอก
4. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในความดูแลไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วัน
5. สามารถอ่านเขียน สื่อสารภาษาไทยได้ (ประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป)
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทโดยจิตแพทย์ (F20.0 - F20.9)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2566-EXP076 และได้รับการอนุมัติเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 023/2566 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมจัดทำเอกสารชี้แจงรายละเอียดการ

วิจัยที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีเก็บข้อมูล ระยะเวลา และมาตรการรักษาความลับ ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อผู้เข้าร่วมได้รับทราบจะขอให้มีการลงนามในเอกสารขอความยินยอม นอกจากนี้ ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมอย่างเคร่งครัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เพื่อเก็บข้อมูลผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ป่วยในความดูแล ประกอบด้วย (1) ข้อมูลผู้ดูแล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการเจ็บป่วยทางกาย (2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการดูแล ความเชื่อว่าเป็นตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และความผูกพันต่อผู้ป่วย (3) ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า เช่น ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ของครอบครัว การรับรู้ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 และระดับความไม่แน่นอนในสถานการณ์ ส่วนของข้อมูลผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

2. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตพัฒนาโดย วชิรา โพธิ์ใส และราตรี บุญชู (2563) จากแนวคิดของ Jorm et al. (1997) เพื่อวัดความ

รอบรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ (2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของปัญหาทางจิต (3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง (4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ (5) ทักษะการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ (6) ความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต แบบประเมินมีจำนวน 60 ข้อ องค์ประกอบละ 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง 5 = เห็นด้วยมากที่สุด) เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูงมาก 3.51 - 4.50 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง 2.51 - 3.50 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง 1.51 - 2.50 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ และ ≤ 1.50 หมายความว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำมาก มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 และในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 ราย พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.938 โดยค่าความเชื่อมั่นของแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.81 ถึง 0.94

3. แบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10; PSS-10) พัฒนาโดย Cohen et al. (1983) และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ฌหทัย

วงศ์ปาริณย์ และทินกร วงศ์ปาริณย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman ใช้เพื่อวัดระดับความรู้สึกเครียดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 0 = ไม่เคย 1 = เกือบไม่เคย 2 = บางครั้ง 3 = บ่อย 4 = บ่อยมาก โดยข้อ 4, 5, 7 และ 8 เป็นคำถามทางบวก ซึ่งต้องกลับคะแนนก่อนการคำนวณรวมคะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม 10 - 20 หมายถึง เครียดต่ำ คะแนนรวม 21 - 31 หมายความว่า เครียดปานกลาง คะแนนรวม 32 - 40 หมายความว่า เครียดสูง เครื่องมือนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.83 โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือฉบับแปลที่เพิ่มเติมคำชี้แจงไปขอคำปรึกษากับผู้แปลต้นฉบับ เพื่อตรวจสอบว่าการเพิ่มเติมดังกล่าวไม่ทำให้ความหมายของคำถามเปลี่ยนแปลงไป และในการศึกษานี้พบว่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.802

4. แบบประเมินความทุกข์ทางใจ (Kessler Psychological Distress Scale: K10) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทราภรณ์ ภทรสกุล และคณะ (2021) ใช้เพื่อประเมินระดับความทุกข์ทางใจในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่มีเลย 2 = มีน้อย 3 = บางครั้ง 4 = เกือบตลอดเวลา 5 = ตลอดเวลา เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 10 - 19 คะแนน หมายความว่า ก่อนข้างปกติ 20 - 24 คะแนน หมายความว่า แนวโน้มมีความผิดปกติเล็กน้อย 25 - 29 คะแนน หมายความว่า แนวโน้มมีความผิดปกติปานกลาง และ 30 - 50

คะแนน หมายความว่า แนวโน้มมีความผิดปกติอย่างรุนแรง เครื่องมือนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVD) เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นจากการวิจัย เท่ากับ 0.906

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตภาคกลาง จำนวน 4 แห่ง จับนลากแบบไม่แทนที่เพื่อเลือก 1 แห่ง ได้ยื่นหนังสือขออนุญาตเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการหน่วยงานดังกล่าว เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งกำหนดแนวทางและตารางเวลาการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง

2. ประชาสัมพันธ์และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภททราบเกี่ยวกับการวิจัย พร้อมติดโปสเตอร์ แผ่นพับ และโบรชัวร์ประชาสัมพันธ์ตามจุดบริการ เช่น โรงอาหาร ร้านค้า เพื่อเชิญชวนผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งมารับยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ณ แผนกผู้ป่วยนอก เข้าร่วมการศึกษา ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน 2567 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีการพูดคุยสอบถามคุณสมบัติเบื้องต้น และอธิบายรายละเอียดของการวิจัยอย่างชัดเจน ผู้เข้าร่วมสามารถตัดสินใจเข้าร่วม

หรือปฏิเสธได้โดยไม่มีข้อผูกมัด และหากผู้ดูแลไม่สะดวกให้ข้อมูลในขณะนั้น ผู้วิจัยได้มีการนัดหมายวันและเวลาที่สะดวก พร้อมทั้งขอชื่อและเบอร์โทรศัพท์เพื่อใช้ในการติดต่อ ก่อนทำการเชิญไปยังโต๊ะที่จัดเตรียมไว้ โดยให้ผู้ป่วนั่งในระยาสายตา

3. ผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน อย่างเคร่งครัด โดยตรวจวัดอุณหภูมิผู้เข้าร่วม ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น หน้ากากอนามัยและแผ่นพลาสติกใสกระบังหน้า และล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนและหลังการเก็บข้อมูล รวมถึงมีแนวทางรองรับกรณีตรวจพบผู้ติดเชื้อ

4. ผู้วิจัยได้จัดโต๊ะประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ที่สามารถมองเห็นได้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ใช้เวลารวมประมาณ 30 นาที โดยสามารถเลือกข้ามคำถามหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย ทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ เป็นเวลา 1 ปี ภายหลังการเผยแพร่งานวิจัย

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด หากพบข้อมูลขาดหายจะติดต่อผู้เข้าร่วมเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม หรือทดแทนด้วยอาสาสมัครรายใหม่ เพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน หลังจากรวบรวมข้อมูลทั้งหมดตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปตามขั้นตอนดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยส่วน

บุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวกับการดูแล ระดับความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตกับการรับรู้ความเครียด และระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตกับความทุกข์ทางใจ โดยแบบสอบถามที่ใช้มีลักษณะมาตราวัดเชิงลำดับ (ordinal scale) และได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยการทดสอบโคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05 และใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ของ Gray et al. (2016)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 56.0, 44.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 48.31 ปี (SD = 10.31) และมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วงวัย 50 - 60 ปี (ร้อยละ 53.6) สถานภาพโสดมีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่สมรสแล้ว (ร้อยละ 44.0, 35.2) ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่นับการศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 29.6, 23.2) มีอาชีพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มค้าขายหรือประกอบกิจการส่วนตัวและพนักงานบริษัท (ร้อยละ 28.8, 22.4) ผู้ดูแลร้อยละ

52.0 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ครึ่งเรือนจำนวนมากมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่เป็นพี่น้องหรือญาติใกล้ชิด (ร้อยละ 32.0) และพ่อแม่ (ร้อยละ 20.8) ผู้ดูแลมีโรคทางกายร่วมด้วย (ร้อยละ 28.8) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 10.46 ปี (SD = 9.18) โดยดูแลมานาน 9 - 10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 20.8) ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีความเชื่อมั่นในการดูแลภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ว่าตนสามารถให้การดูแลได้ (ร้อยละ 90.4)

ในด้านผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ผู้ดูแลส่วนใหญ่รายงานว่ามีสมาชิกครอบครัวเคยติดเชื้อ (ร้อยละ 74.4) และเกือบครึ่งหนึ่งรู้สึกว่าการณ์ดังกล่าวเป็นอันตราย (ร้อยละ 49.6) หรือคุกคามต่อชีวิต (ร้อยละ 44.8) และยอมรับว่าตนเองยังคงมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสถานการณ์ (ร้อยละ 66.4) สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.0) อายุเฉลี่ย 45.88 ปี (SD = 14.60) ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 31 - 50 ปี (ร้อยละ 48.8) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 14.06 ปี (SD = 12.11) ส่วนใหญ่ป่วยมาแล้วระหว่าง 1 - 10 ปี (ร้อยละ 52.8)

จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.75 ครั้ง (SD = 3.41) โดยผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งเคยนอนรักษา 1 - 5 ครั้ง (ร้อยละ 48.36) และมีผู้ดูแลไม่ทราบข้อมูลการเข้ารักษา (ร้อยละ 30.33) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 60.8) รองลงมาต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ร้อยละ 32.8

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 203.26, SD = 34.30) คิดเป็น ร้อยละ 45.6 โดยคะแนนเฉลี่ยรายด้านสูงที่สุดคือ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง (mean = 37.63) รองลงมาคือด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้

และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (mean = 34.61) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ (mean = 32.57) และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต (mean = 32.80)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในภาพรวม และรายด้าน (n = 125)

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต จำนวน (ร้อยละ)				
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
คะแนนโดยรวม ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	2 (1.6)	55 (44.0)	57 (45.6)	10 (8.0)	1 (0.8)
	(mean = 203.26, SD = 34.30, max = 272, min = 70)				
ด้านที่ 1 ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ	11 (8.8)	39 (31.2)	52 (41.6)	15 (12.0)	8 (6.4)
	(mean = 33.10, SD = 9.49, max = 50, min = 10)				
ด้านที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต	3 (2.4)	46 (36.8)	57 (45.6)	17 (13.6)	2 (1.6)
	(mean = 33.10, SD = 7.45, max = 48, min = 8)				
ด้านที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง	19 (15.2)	68 (54.4)	26 (20.8)	11 (8.8)	1 (0.8)
	(mean = 37.63, SD = 8.24, max = 50, min = 13)				
ด้านที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ	2 (1.6)	37 (29.6)	72 (57.6)	13 (10.4)	1 (0.8)
	(mean = 32.57 SD = 6.08, max = 46, min = 14)				
ด้านที่ 5 ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม	12 (9.6)	51 (40.8)	47 (37.6)	8 (6.4)	7 (5.6)
	(mean = 34.61, SD = 9.62, max = 50, min = 3)				
ด้านที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	18 (14.4)	33 (26.4)	47 (37.6)	19 (15.2)	8 (6.4)
	(mean = 32.80, SD = 10.22, max = 50, min = 10)				

การรับรู้ความเครียด

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการรับรู้ความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (mean

= 18.67, SD = 6.26) คิดเป็น ร้อยละ 76.8 โดยมีความเครียดระดับต่ำมากที่สุด จำนวนร้อยละ 76.8 และน้อยที่สุดมีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 4.8

ความทุกข์ทางใจ

จากตารางที่ 2 พบว่าโดยรวมผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่จะผิปกติเล็กน้อย (mean = 21.22, SD = 7.77) ส่วนใหญ่มีระดับความทุกข์ทางใจที่ระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 43.2 และมีแนวโน้มที่จะมีความผิปกติอย่างรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 16.0 โดยเรียงตามลำดับ

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและการรับรู้ความเครียด

จากตารางที่ 3 พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเครียดของผู้ดูแล ($r = -.27, p\text{-value} < .01$) เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบ พบว่าองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.38, p\text{-value} < .01$) ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r =$

$-.31, p\text{-value} < .01$) และ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.28, p\text{-value} < .01$)

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจ

จากตารางที่ 3 พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แต่พบว่าองค์ประกอบย่อยของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต 3 ด้าน มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้าน ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ ($r = -.22, p\text{-value} < .05$) ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ ($r = -.30, p\text{-value} < .01$) และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ ($r = -.20, p\text{-value} < .05$)

ตารางที่ 2 ของการรับรู้ความเครียดและความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (n = 125)

การรับรู้ความเครียด (mean = 18.67, SD = 6.26)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีความเครียดระดับต่ำ	96	76.8
มีความเครียดระดับปานกลาง	23	18.4
มีความเครียดระดับสูง	6	4.8
ความทุกข์ทางใจ (mean = 21.22, SD = 7.77)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ค่อนข้างปกติ	54	43.2
มีแนวโน้มที่จะมีความผิปกติเล็กน้อย	32	25.6
มีแนวโน้มที่จะมีความผิปกติปานกลาง	19	15.2
มีแนวโน้มที่จะมีความผิปกติอย่างรุนแรง	20	16.0

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตกับการรับรู้ความเครียดและความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ($n = 125$)

ความสัมพันธ์ของ ความรู้ทางสุขภาพจิต	การรับรู้ความเครียด		ความทุกข์ทางใจ	
	r	p-value	r	p-value
ความรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวม	-.265**	.003	-.16	.076
ด้านที่ 1 การรับรู้ความผิดปกติหรือ ความทุกข์ทางใจ	-.117	.194	-.06	.506
ด้านที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ ของความผิดปกติทางจิต	-.106	.238	-0.06	.814
ด้านที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง	-.282**	.001	-.222*	.013
ด้านที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความ ช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ	-.14	.118	.04	.658
ด้านที่ 5 ทักษะการรับรู้และการแสวงหาความ ช่วยเหลือที่เหมาะสม	-.378**	< .001	-.295**	< .001
ด้านที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	-.306**	< .001	-.201*	.024

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจ ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.6 ในด้านการรับรู้ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 76.8 และมีระดับความทุกข์ทางใจส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 43.2

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่วนใหญ่มีความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับปานกลาง

(ร้อยละ 45.6) โดยมีค่าเฉลี่ย 203.26 คะแนน ($SD = 34.30$) (ตารางที่ 4) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวชิรา โพธิ์ใส และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากสิริชัย เมียนมิตร และนริสา วงศ์พนารักษ์ (2567) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความรู้ระดับสูง ($mean = 3.83$, $SD = 0.26$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศหญิง ซึ่งมีสัดส่วนมากในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 54.92) ดังเช่นจากการศึกษาของ Gorczynski and Sims-Schouten (2022) พบว่าเพศหญิงมีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.00$) (หญิง: $mean = 128.23$,

SD = 10.99 / ชาย: mean = 119.48, SD = 11.51) นอกจากนี้ ยังพบว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 50 - 60 ปี ซึ่งต่างจากข้อเสนอของปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (2563) ที่ระบุว่าผู้ที่มีอายุมากมักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังโควิด-19 เช่น การใช้อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มขึ้น (McClain et al., 2021) อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพจิตมากขึ้น ขณะที่สิริชัยเมียนมิตร และนริสา วงศ์พนารักษ์ (2567) ชี้ว่า ผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังสัมพันธ์กับระดับการศึกษา โดยผู้มีการศึกษาเข้าใจคำศัพท์อาการ และการดูแลทางจิตเวชได้ดีกว่า (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563; Kim et al., 2017) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป และผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีส่วนมาก (ร้อยละ 70.49) ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และแสวงหาความรู้ทางสุขภาพจิต (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) ด้านรายได้ พบว่ามีผู้ดูแลที่รู้สึกรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม Tambling et al. (2021) รายงานว่า เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับความรู้ทางสุขภาพจิต ขณะที่งานของ Stepanova et al. (2024) ชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปใช้บริการสุขภาพจิตผ่านระบบ Telehealth หลังโควิด-19 ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้นแม้ยังมีข้อจำกัดในบางกลุ่ม ข้อมูลของ Mahmoodi et al. (2022) พบว่าใน

กลุ่มนักเรียน ร้อยละ 71 ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจิตจากอินเทอร์เน็ต และให้ความเชื่อถือข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพมากที่สุด สอดคล้องกับแนวโน้มในประเทศไทยที่มีการเผยแพร่ข้อมูลจากภาครัฐ และเอกชนผ่านช่องทางดิจิทัลอย่างหลากหลาย (เช่น กรมสุขภาพจิต, Doctor Anywhere Thailand, MPIS) และจากการทบทวนโดย Dellafiore et al. (2022) พบว่า ผู้ดูแลมีการปรับตัวเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และยินดีใช้บริการสุขภาพจิตทางไกลมากขึ้นหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.8) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของลัญชนา พิมพ์นัย ชัยบุญลย์ และคณะ (2564) ที่พบว่าร้อยละ 59.60 ของผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อระดับความเครียดที่ต่ำในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 5.48 ปี และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีความใกล้ชิด เช่น พี่น้อง หรือลูกพี่ลูกน้อง ร้อยละ 30.33 ซึ่งอาจส่งผลต่อการปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป (เกตุรมาศ อยู่ถื่น และคณะ, 2565) ตามกรอบแนวคิดของลาซารัส และฟอล์กแมน การรับรู้ความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์ ว่าเป็นภัยคุกคามหรือก่อให้เกิดความสูญเสีย (primary appraisal) โดยผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกรว่าสถานการณ์โควิด-19 เป็นเหตุการณ์ไม่แน่นอน (ร้อยละ 66.4) ซึ่งส่งผลให้มีความเครียดในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาร่วมกับระดับคะแนนพบว่าผู้ดูแลจำนวนมากสามารถปรับตัวได้ในระดับที่ไม่ทำให้เกิดภาวะเครียดรุนแรง ภาวะเครียดใน

ผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทสัมพันธ์กับความรู้สึกสูญเสีย ความอับอาย และความรู้สึกผิด รวมถึงบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปในการดูแลผู้ป่วย (อนันต์ศรีสมิทธีนราเศรษฐ์, 2560; WHO, 2000 อ้างใน นัทธมนต์ จิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557) งานวิจัยของ Riley-McHugh et al. (2016) และ Lohacheewa et al. (2016) ชี้ว่าความเครียดมีผลต่ออารมณ์ เช่น ความโกรธ ความเศร้า ความวิตกกังวล และอาจนำไปสู่ภาวะ Psychological distress โดยเฉพาะในผู้ดูแลที่ต้องรับภาระทางการเงินหรือเผชิญพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Tungpunkom et al., 2013; คาวรุ่ง หนูแก้ว และคณะ, 2546) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจยังเป็นอีกตัวแปรสำคัญ โดยผู้ดูแลกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50.82) รายงานว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ และมีการประกอบอาชีพที่ต้องใช้เวลา เช่น ค้าขายหรือพนักงานบริษัท ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (สุพัตรา บำรุงจิตร และคณะ, 2562) แม้สถานการณ์โควิด-19 จะสิ้นสุดลง แต่ผลกระทบต่อวิถีชีวิตยังคงอยู่ งานวิจัยของเกตุรมาศ อยู่ถื่น และคณะ (2565) พบว่าความวิตกกังวลจากการระบาดมีอิทธิพลต่อระดับความเครียด และเมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลมีการปรับตัวเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ เช่น การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และการใช้เทคโนโลยีในงานดูแลสุขภาพจิต (Irani et al., 2021) โดยมีการศึกษายืนยันว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมักมีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าสูงกว่า (Tambling et al., 2021)

ผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่มิระดับความทุกข์ทางใจอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 43.2)

ซึ่งอาจเกิดได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเกือบทั้งหมดยังคงเชื่อว่าตนสามารถให้การดูแลได้ (ร้อยละ 90.4) และกว่าร้อยละ 52.8 ของผู้ดูแลนั้นเป็นพี่น้องหรือพ่อแม่ที่เป็นญาติที่ให้การดูแลกันมาอย่างต่อเนื่องอยู่เดิมแล้ว อย่างไรก็ตามในกลุ่มตัวอย่างที่มีแนวโน้มจะผิดปกติตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรงรวมกัน มีจำนวนร้อยละ 56.8 (mean = 21.22) อาจจะสะท้อนถึงโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ ตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน ความทุกข์ทางใจเกิดจากการรับรู้ความเครียดเมื่อขาดแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ (Lohacheewa et al., 2016) ผู้ดูแลที่เผชิญกับอาการรุนแรงของผู้ป่วย และขาดประสบการณ์การดูแล มีแนวโน้มเกิดความทุกข์ทางใจที่สูง (Mitsonis et al., 2012) ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในอดีตจากสองการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลมีภาวะทุกข์ทางใจในระดับมาก (นัทธมนต์ จิมสุข และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2557; วัชรพร เกียงภา และคณะ, 2563) อาจกล่าวได้ว่าเมื่อผู้ดูแลในปัจจุบันมีความทุกข์ทางใจในสัดส่วนที่ลดลงแต่มีอาจสรุปได้แน่ชัด แม้สถานการณ์โควิด-19 จะคลี่คลายลง แต่ภาระและความวิตกกังวลในผู้ดูแลยังคงอยู่ต่อไปได้ (Bourmistrova et al., 2022; Yasuma et al., 2021)

ความสัมพันธ์ของความรู้ทางสุขภาพจิตกับการรับรู้ความเครียด ในผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับ

การรับรู้ความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต รายด้านกับการรับรู้ความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลาง ($r = -.378, p\text{-value} < 0.01$) ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.306, p\text{-value} < 0.01$) และด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.282, p\text{-value} < 0.01$) เรียงตามลำดับ อภิปรายได้ว่าด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือ อาจทำให้ผู้ดูแลเปิดกว้างทางความคิด และเกิดการรับรู้ว่าการขอความช่วยเหลือ นั้นไม่ใช่ความล้มเหลว หรือต้องเผชิญเพียงลำพัง ทำให้รู้สึกว่าจะต้องเผชิญปัญหาคนเดียวลดลง เกิดความหวังมากขึ้นได้ และด้านการรู้วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีส่วนช่วยให้ได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง ลดความกังวล จากการไม่รู้ว่า จะปฏิบัติตนเช่นไร ลดความสับสนและเพิ่มความมั่นใจได้ เจกเช่นเดียวกับการมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จะนำพาให้ผู้ดูแลสามารถพักผ่อน เอาใจใส่ตัวเองให้อาการเหนื่อยล้านั้นทุเลาลง เพิ่มพลังในการให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง สร้างเสริมความพึงพอใจได้ด้วยตนเอง 3 ด้านที่กล่าวมาอาจเป็นตัวแปรสำคัญในการสนับสนุนผู้ดูแลให้ลดความเครียดได้ และจากผลการศึกษาพบว่ามี 3 ด้านที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ด้านการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ ด้าน

ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต และด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมากขึ้น จะมีระดับการรับรู้ความเครียดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน ที่อธิบายว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการประเมินและเผชิญสถานการณ์ความเครียดอย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) โดยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตประกอบด้วย องค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะการสังเกต และทัศนคติที่เอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ (Jorm, 2000; ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) ซึ่งช่วยลดภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Nobre et al. (2022) และ Andrade et al. (2022) ที่ระบุว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ตนเอง และลดภาวะซึมเศร้า แม้ผลการวิจัยจะพบว่ามีความสัมพันธ์น้อยกับการลดความเครียด แต่ก็มีผลทางลบให้ความเครียดนั้นลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในทางตรงกันข้ามของ Tambling et al., (2021) พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ต่ำมีแนวโน้มเกิดความเครียดและความวิตกกังวลสูงขึ้น นอกจากนี้ ผู้ดูแลบางรายอาจเผชิญอุปสรรค เช่น ทัศนคติผิดราทางจิตเวชหรือความรู้สึกละอาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (Poreddi et al., 2015) อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างความรอบรู้สามารถช่วยลดระดับความเครียดในผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกษรมาศ อยู่ถื่น และคณะ, 2556)

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต กับความทุกข์ทางใจ ในผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภท แต่เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า 3 องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความทุกข์ทางใจ ได้แก่ ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ($r = -.30, p < .01$) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ($r = -.22, p < .05$) และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ($r = -.20, p < .05$) การมีทัศนคติที่ดีต่อการขอความช่วยเหลือช่วยให้ผู้ดูแลเปิดใจยอมรับว่าตนเองไม่จำเป็นต้องเผชิญกับภาระเพียงลำพัง เมื่อกล้าที่จะขอรับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพหรือเครือข่ายทางสังคม ความรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวังจะลดลง ส่งผลให้ความทุกข์ทางใจบรรเทาลงอย่างเป็นรูปธรรม ในขณะเดียวกัน การมีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพใจของตน เมื่อสามารถฟื้นฟูพลังใจได้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายหรือทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ จะเกิดความรู้สึกว่าตนยังควบคุมชีวิตได้ ความวิตกกังวลและอารมณ์หดหู่จึงลดลง นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ จะช่วยลดความสับสนและความไม่แน่นอน นำมาไปสู่หนทางการรับมือที่ชัดเจนขึ้น ผลดังกล่าวสะท้อนว่าแม้ความรอบรู้ทาง

สุขภาพจิตโดยรวมอาจไม่สัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจโดยตรง แต่บางองค์ประกอบมีศักยภาพเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตใจ (protective factors) ในกลไกของการเกิดความทุกข์ทางใจนั้นมีปัจจัยที่นำมาก่อนคือความเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถจะจัดการหรือรับมือให้กลับมาสู่สมดุลเดิมได้ ตามกรอบแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (1984) ที่ระบุว่าความทุกข์ทางใจเกิดจากการเผชิญกับสถานการณ์เครียดที่ไม่สามารถจัดการได้โดยใช้แหล่งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่ำมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดสูงขึ้น (Tambling et al., 2021) แต่องค์ความรู้สุขภาพจิตโดยรวมอาจสรุปไม่ได้ว่ามีความสัมพันธ์ แต่องค์ประกอบด้านนี้อาจสนับสนุนได้ว่าสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยในผู้ที่มีความรู้เฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็มีความทุกข์ทางใจลดลง (นัทธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2557) ในการศึกษาี้ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง การค้นหาและความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าอาจเกิดจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีมุมมองเปิดกว้าง ยอมรับในการเข้ารับบริการสถานพยาบาล ทำให้ปรากฏลักษณะเด่นนี้ปรากฏ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แม้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 จะสิ้นสุดลงแล้ว แต่ผลกระทบระยะยาวต่อวิถีชีวิตผู้ดูแลยังคงมีอยู่ เช่น ผลกระทบเศรษฐกิจ ภาระงาน

ที่ไม่ลดลง และความรู้สึกไม่แน่นอน ทำให้การส่งเสริมองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตในประเด็นเฉพาะ เช่น ทักษะต่อการขอความช่วยเหลือ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต เป็นแนวทางที่ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ดูแลในระยะยาว ทั้งนี้แม้ค่าความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางแต่นี้นัยสำคัญเชิงปฏิบัติที่ควรพิจารณา เช่น การส่งเสริมองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตในด้านทักษะต่อการขอความช่วยเหลือ และด้านทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต แก่ผู้ดูแล โดยการจัดอบรมให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในบริบทการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน โดยติดตาม ประเมินความเครียดผู้ดูแลควบคู่กับเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพจิตให้เข้าถึงแหล่งสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการประเมินและให้ข้อมูลสุขภาพจิตแก่ญาติหรือผู้ดูแลควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

อนาคตควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพจิต การรับรู้ความเครียด และความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อใช้พัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการป้องกันการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). หน่วยงานส่วนกลางกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช. ระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย. <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>

เกตุรมาศ อยู่ถื่น, ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, ปิยพันธ์ อุปคำ, และ กฤษณัย แก้วยศ. (2565). ความวิตกกังวล ความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 16(2), 29-43.

เกตุรมาศ อยู่ถื่น, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, และ ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์. (2556). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 7(2), 1-12.

คารุ้ง หนูแก้ว, ฉันทนา จันทวงศ์, รัชนิ ศรรเสริญ และทรงสิทธิ์ อุดมสิน. (2546). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัยบูรพา.

นัทธมนต์ จิมสุข, และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 49-62.

ปาทานนท์ ขวัญสนิท, และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 50-62.

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทวัลย์, และปริศนา บุญประดิษฐ์. (2563). ความรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (บทความพิเศษวิชาการ). สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย. *เชียงใหม่วารสาร*, 163-172.

ภัทรารณณ์ พุ่มปิ่นคำ, สุวิท อินทอง, และขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2560). รายงานกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยเรื่องโครงการจัดการความรู้และถ่ายทอดนวัตกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีงบประมาณ 2560.

มาลาศรี จรรย์, สิงห์เขียว ชูคิมณานัน, นุ่มพ่อง สมร, ปรีการ จุฑาทิพย์, & แต้ประเสริฐ นันทนา. (2566). การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลจิตเวช. *วารสารสาธารณสุขสุพรรณบุรี*, 19(1), 102-115.

ขงยุทธ แฉล้มวงษ์ และ สิริวิญญ์ รัตนประทีปทอง. (2 พฤศจิกายน 2564). สถานการณ์กำลังแรงงานช่วงล็อกดาวน์ (ไตรมาส 2 ปี 2564). สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). <https://tdri.or.th/2021/11/labour-market-during-lockdown-period/>.

ลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ, สุภารัตน์ ฝาสุข, นฤมล อังศิริศักดิ์, นฐมน บุญล้อม, และสุสารี ประทินกิจ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(3), 263-273.

วชิรา โพธิ์ไธ, ราตรี บุญชู, ดวงกมล วัตราคุลย์, คุณศปกรณณ์ มัคคัลผลานนท์, และปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เชียงใหม่เวชสาร* 60, 1 (ม.ค.-มี.ค. 2564), 63-74.

วชิรา โพธิ์ไธ, ราตรี บุญชู, ดวงกมล วัตราคุลย์, คุณศปกรณณ์ มัคคัลผลานนท์ และ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เชียงใหม่เวชสาร* 60, 63-74.

วัชรินทร์ เกียงกา, พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ วิไล นาป่า. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 34(3), 77-101.

สิริชัย เมียนมิตร, และนริสา วงศ์พนารักษ์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพจิตการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(1), 49-64.

สุพัตรา บำรุงจิต, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และกรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 148-159.

เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี, อนงค์นุช ศาโตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และวีร์ เมฆวิไลย์. (บ.ก.). (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). (พิมพ์ครั้งที่ 2). วิกิพีเดียออนไลน์.

อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *คณะพยาบาลศาสตร์ วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(42-56).

Andrade, C., Tavares, M., Soares, H., Coelho, F., & Tomás, C. (2022). Positive mental health and mental health literacy of informal caregivers: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15276.

Bourmistrova, N. W., Solomon, T., Braude, P., Strawbridge, R., & Carter, B. (2022). Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 299, 118-125.

Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Ponce-Correa, F., & Ferrer, R. (2021). Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Patients With Schizophrenia and Their Caregivers. *Frontiers in psychology*, 12, 729793.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385-396.

Dellafore, F., Arrigoni, C., Nania, T., Caruso, R., Baroni, I., Vangone, I., Russo, S., & Barelllo, S. (2022). The impact of COVID-19 pandemic on family caregivers' mental health: a rapid systematic review of the current evidence. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 93(S2), e2022154.

Eckardt J. P. (2020). Caregivers of people with severe mental illness in the COVID-19 pandemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(8), e53.

- Gorczynski, P. Gorczynski, P., & Sims-Schouten, W. (2022). Evaluating mental health literacy amongst US college students: a cross sectional study. *Journal of American college health*, 72(3), 676-679.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research-E-Book: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8th ed), : Elsevier Health Sciences.
- Irani, E., Niyomyart, A., & Hickman, R. L. Jr. (2021). Family Caregivers' Experiences and Changes in Caregiving Tasks During the COVID-19 Pandemic. *Clinical nursing research*, 30(7), 1088-1097.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Kessler, R.C., & Mroczek, D.K. (1994). *Final versions of our non-specific psychological distress scale*.
- Kim, Y. S., Lee, H. Y., Lee, M. H., Simms, T., & Park, B. H. (2017). Mental health literacy in Korean older adults: A cross-sectional survey. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(7), 523-533.
- Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A. N. (2020). The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People with Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia bulletin*, 46(4), 752-757.
- Kumar, S., & Mohanty, S. (2016). Factors associated with self-esteem in patients with chronic schizophrenia. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 23(1), 56-60.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S., (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Lemhöfer, C., Sturm, C., Loudovici-Krug, D., Best, N., & Gutenbrunner, C. (2021). The impact of Post-COVID-Syndrome on functioning - results from a community survey in patients after mild and moderate SARS-CoV-2-infections in Germany. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*, 16(1), 45.
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, 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.
- Mahmoodi, S. M. H., Ahmadzad-Asl, M., Eslami, M., Abdi, M., Hosseini Kahnemoui, Y., & Rasoulia, M. (2022). Mental Health Literacy and Mental Health Information-Seeking Behavior in Iranian University Students. *Frontiers in psychiatry*, 13, 893534.
- Mcclain, C., Vogels, E. A., Perrin, A., Sechopoulos, S., & Rainie, L. (1 September 2021). The Internet and the Pandemic. <https://www.pewresearch.org/internet/2021/09/01/the-internet-and-the-pandemic/>.
- Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., Zervas, I., & Katsanou, M. N. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 331-337.
- Nobre, J., Calha, A., Luis, H., Oliveira, A. P., Monteiro, F., Ferré-Grau, C., & Sequeira, C. (2022). Mental Health Literacy and Positive Mental Health in Adolescents: A Correlational Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 8165.
- Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., & Díez-Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC psychiatry*, 20(1), 149.
- Poreddi, V., Birudu, R., Thimmaiah, R., & Math, S. B. (2015). Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: A descriptive survey. *Journal of neurosciences in rural practice*, 6(3), 355-360.

- Rahman, M. A., Islam, S. M. S., Tungpunkom, P., Sultana, F., Alif, S. M., Banik, B., et al. (2021). COVID-19: Factors associated with psychological distress, fear, and coping strategies among community members across 17 countries. *Globalization and health*, 17(1), 117.
- Riley-McHugh, D., Brown, C. H., & Lindo, J. (2016). Schizophrenia: its psychological effects on family caregivers. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 5(1), 96-101.
- Sánchez-Guarnido, A. J., Domínguez-Macías, E., Garrido-Cervera, J. A., González-Casares, R., Mari-Boned, S., Represa-Martínez, Á., & Herruzo, C. (2021). Occupational Therapy in Mental Health via Telehealth during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 7138.
- Stepanova, E., Thompson, A., Yu, G., & Fu, Y. (2024). Changes in mental health services in response to the COVID-19 pandemic in high-income countries: a rapid review. *BMC psychiatry*, 24(1), 103.
- Tambling, R. R., D'Aniello, C., & Russell, B. S. (2021). Mental Health Literacy: a Critical Target for Narrowing Racial Disparities in Behavioral Health. *International journal of mental health and addiction*, 1-15.
- Tamizi, Z., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Mohammadi-Shahboulaghi, F., Mohammadi, E., & Bakhshi, E. (2020). Caregiving burden in family caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study. *Journal of education and health promotion*, 9, 12.
- Tungpunkom, P., Srihachin, P., Napa, W., & Chaniang, S. (2012). Caregiving Experiences of Families Living with Patients with Schizophrenia: a Systematic Review. *JBILibrary of systematic reviews*, 10(28 Suppl), 1-8.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial medicine*, 4, 6.
- World Health Organization. (10 January 2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- World Health Organization. (2016a). *Mental Health: Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- World Health Organization. (2016a). *Mental Health: Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- Yasuma, N., Yamaguchi, S., Ogawa, M., Shiozawa, T., Abe, M., Igarashi, M., Kawaguchi, T., Sato, S., Nishi, D., Kawakami, N., & Fujii, C. (2021). Care difficulties and burden during COVID-19 pandemic lockdowns among caregivers of people with schizophrenia: A cross-sectional study. *Neuropsychopharmacology reports*, 41(2), 242-247.
- Zoghbi, M., Haddad, C., Khansa, W., Karam, E., Chamoun, A., & Hachem, D. (2022). COVID-19 outbreak in a psychiatric hospital: what makes it worse?. *Annals of general psychiatry*, 21(1), 26.