

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต トラบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม
และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*

RELATIONSHIPS BETWEEN RESILIENCE, STIGMA, KNOWLEDGE,
SOCIAL SUPPORT AND PERSONAL FACTORS AND CAREGIVERS'
BURDEN OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

เขมณัญฐ์ ศรีพรหมภักดิ์, พยบ. (Khemanut Sripromphut, BNS)**

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

โสภณ แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, R.N., Ph.D.)****

Abstract

Objective: This study aimed at investigating relationships between resilience, stigma, knowledge, social support and personal factors and caregivers' burden of schizophrenia patients.

Methods: This study was a descriptive correlational research. The sample consisted of 233 caregivers of patients with schizophrenia who used the service in the Psychiatric outpatients department of a regional hospital in the Eastern Part of Thailand. Through purposive sampling, the sample was selected according to the inclusion criteria. Data were collected by using a personal data questionnaire, Zarit Burden Interview (ZBI), Resilience Inventory, Affiliate Stigma Scale, Knowledge of Caregivers' Test, and Social Support

Scale. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, Spearman's rank-order correlation, and Chi-square.

Results: The findings revealed that care giver's age, stigma, and knowledge were significantly and positively correlated with the burden on caregivers of schizophrenia patients ($p < .05$). Resilience and social support were significantly and negatively correlated with the burden on caregivers of schizophrenia patients ($p < .05$). There was no relationship between gender, income and education level and the burden on caregivers of schizophrenia patients. Results from this study could be applied to develop guidelines to reduce caregiver s' burden of schizophrenia patients.

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาสุกุม

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email: patcharin.nin@mahidol.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Keywords: Burden, Caregiver, Resilience, Schizophrenia, Stigma

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต トラบาป ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย ความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 233 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบประเมินตราบาปในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และไคสแควร์

ผลการศึกษา: อายุ トラบาป ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแข็งแกร่งในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัย เพศ รายได้ และระดับการศึกษา

ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทผลจากการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะใช้ในการพัฒนาแนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้สึกเป็นภาระ ผู้ดูแล ความแข็งแกร่งในชีวิต ผู้ป่วยจิตเภท トラบาป

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (ธีระ ลีลา นันทกิจ, 2550) มีความรุนแรงและเรื้อรังซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทถึง 7 ใน 1,000 ของประชากรวัยผู้ใหญ่อุบัติการณ์ของโรคประมาณสามต่อหมื่นคน โดยที่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกยังไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม (World Health Organization, 2013) ในประเทศไทยโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคจิตเภทก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ โดยในระดับบุคคลมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะทุพพลภาพในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ (Harvey & Strassing, 2012) ผลกระทบต่อครอบครัวเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานส่งผลต่อการทำงานของ ผู้ดูแลทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลจึงเกิดความเครียด ความทุกข์ทรมานทางใจ และมีภาวะซึมเศร้า (Mcdonell, Short, Berry, & Dyck,

2003) ส่วนผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นโดยที่ผู้ป่วย ครอบครัว สังคม มีส่วนในการรับผิดชอบร่วมกัน (Thara, Padmavati, & Srinivasan, 1998) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประเทศ ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้เช่นเดียวกันในหลายประเทศทั่วโลก (Barbato, 1998) เนื่องจากโรคจิตเภทมีลักษณะการดำเนินโรคที่ค่อยเป็นค่อยไปผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำได้เป็นช่วง ๆ ร้อยละ 50-92 มีอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำได้คือหลังการรักษา (Kazadi, Moosa, & Jeenah, 2008) ในประเทศไทยพบว่า มีอัตราการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ความผิดปกติที่ยังหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังในที่สุด (American Psychological Association [APA], 1994) อันส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าจะต้องรับภาระมากขึ้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระ (burden) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระโดยที่เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูง (Yusuf, Nuhu, & Akinbiyi, 2009) ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย (Sahoo, Brahma, & Mohapatra, 2010) และเมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเช่นเดียวกันพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Vasudeva, Sekhar, & Rao, 2013) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระสูงนั้นส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ดูแลและ

ต่อผู้ป่วย จากการศึกษาคพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระสูงเป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคทางจิตเวชได้ (Lasebikan & Ayinde, 2013) และมีการศึกษาที่พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระในระดับสูงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ (burn out) ในระดับสูง (Angermeyer, Bull, Bernert, Dietrich, & Kopf, 2006) ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลทอดทิ้งผู้ป่วยจิตเภทไปในที่สุด (ธีระลีลานันทกิจ, 2550)

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระนี้ ชาริท (Zarit, 2008) กล่าวไว้ว่า ความรู้สึกเป็นภาระเป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเองเกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อันเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เมื่อผู้ดูแลได้รับการกระตุ้นเรื้อรังก็อาจจะส่งผลทำให้เกิดความตึงเครียดด้านจิตใจ (psychological distress) อย่างมากส่งผลกระทบต่อทางด้านลบ (negative effect) ทั้งด้านร่างกาย (caregivers' health) จิตใจ (psychosocial well-being) สังคม (social life) และเศรษฐกิจ (finances) ทั้งนี้ความรู้สึกเป็นภาระเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีความสัมพันธ์ในทางบวกและทางลบ ดังนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวก ได้แก่ ภาระ (Hasson-Ohayon, Levy, Kravetz, Vollanski-Narkis, & Roe, 2011) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบ ได้แก่ รายได้ (Chien, Chan, &

Morrissey, 2007) ระดับการศึกษา (รจนา ปุณโณทก, 2550) แรงสนับสนุนทางสังคม (Adeosun, 2013) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Chien et al., 2007) สำหรับอายุนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระทางบวก (Adeosun, 2013) หรือทางลบ (รจนา ปุณโณทก, 2550) เพศก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระโดยที่การศึกษาของอดิโอสัน พบว่าเพศหญิงมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศชาย (Adeosun, 2013) แต่การศึกษาของ โอโชดิ และคณะพบว่าเพศชายมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศหญิง (Oshodi et al., 2012) ส่วนปัจจัยด้านความแข็งแกร่งในชีวิตนั้นมีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ซึ่งพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ (Simpson & Jones, 2013)

จากการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในจังหวัดหนึ่ง ทางภาคตะวันออก พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความคับข้องใจ ความเครียดและรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมแม้พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวข้างต้น กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่าความสัมพันธ์ของบางตัวแปรกับความรู้สึกเป็นภาระยังได้ผลการศึกษาที่ไม่แน่นอน เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Chien et al., 2007) เพศ (Oshodi et al., 2012) อายุ (Adeosun, 2013; Chien et al., 2007) รายได้

(Adeosun, 2013; Shibre et al., 2003) และระดับการศึกษา (รจนา ปุณโณทก, 2550; Adeosun, 2013) เป็นต้น และบางตัวแปรเป็นการศึกษา ในบริบทของต่างประเทศ และยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในบริบทจังหวัดนี้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ อันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาป ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

ความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยที่ความรู้สึกเป็นภาระเป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามอันตราย และรบกวนความผาสุกของตนเอง เกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลมีมุมมองของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit, 2008) เมื่อผู้ดูแลได้รับการกระตุ้นเรื้อรัง (chronic stressor)

เป็นระยะเวลานาน ก่อผลทำให้เกิดความตึงเครียดด้านจิตใจอย่างมาก (psychological distress) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) ส่งผลกระทบทางด้านลบ (negative affect) ต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย (caregivers' health) ด้านจิตใจ (psychosocial well-being) ด้านสังคม (social life) และด้านเศรษฐกิจ (finances) (ชนัญชิตาคุชฎี ทุลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ลาวัจ, 2554; Zarit, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) เป็นศักยภาพ หรือ ความสามารถบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต (adversity of life) หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต (stressful life event) พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ในเวลาอันรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโตขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น (Grotberg, 1995) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจึงน่าจะมีความรู้สึกเป็นภาระต่ำจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง แต่มีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางด้านร่างกายซึ่งพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ (Simpson & Jones, 2013)

ตราบาป (stigma) เป็นความรู้สึกในทางลบที่เกิดขึ้นภายในตัวของผู้ดูแลซึ่งเป็นผล กระทั่งเกิดจากการอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทอื่น เกิดจากอคติทางลบของคนในสังคมที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ส่งผลให้ความรู้สึกภายในตัวของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกอับอาย ขาดหน้า กลัว วิตกกังวล รู้สึกผิดตำหนิตนเอง รู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่เหมาะสม ไม่ไว้วางใจต้องการปิดบังซ่อนเร้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Mak & Cheung, 2010) ตราบาปจึงส่งผลเสียต่อสุขภาพและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ดูแล ผู้ที่มีตราบาปสูงจึงน่าจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูงด้วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Hasson-Ohayon, et al., 2011)

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (knowledge) เป็นความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวโรคจิตเภทสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ตลอดจนการให้การดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทได้มีประสิทธิภาพอันจะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง นั่นคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ (Chien et al., 2007) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระ (Sefasi et al., 2008) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทก็มีแนวโน้มที่จะวางแผนการที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น นั่นคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทอาจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระได้ทั้งทางบวกและทางลบ

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ จนทำให้เกิดความรักความผูกพันการดูแลเอาใจใส่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสารต่างๆ โดยมีการจำแนกออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) 2) การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า (appraisal support) 3) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (informational support) 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrument support) (House, 1980, อ้างถึงใน ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) การมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจึงน่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระต่ำ จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Adeosun, 2013; Jagannathan, Thirthalli, Hamza, Nagendra, & Gangadhar, 2014)

เพศ (gender) เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ โดยที่การศึกษาของดีโอชัน พบว่าเพศหญิงมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศชาย (Adeosun, 2013) ทั้งนี้ เนื่องจากเพศหญิงมักจะถูกครอบครัวคาดหวังให้ต้องเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลทุกสิ่งทุกอย่างในบ้าน และยังถูกคาดหวังตามสังคมว่าเป็นเพศที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท (Adeosun, 2013) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ โอโชดิ และคณะ พบว่าเพศชายมีความรู้สึก

เป็นภาระมากกว่าเพศหญิง (Oshodi et al., 2012)

อายุ (age) จากผลการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้นทำให้มีการรับรู้ มีความเข้าใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา วุฒิภาวะและประสบการณ์มากขึ้นทำให้การรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง นั่นคืออายุน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ (รจนา ปุณโณทก, 2550) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระ (Jagannathan et al., 2014) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น การประกอบกิจกรรมต่างๆ ยากลำบากมากขึ้นตามวัยที่เปลี่ยนแปลงนั้นอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น (Chien et al., 2007) รวมทั้งการที่ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นมักจะมีความรู้สึกกังวลถึงในอนาคตว่าต่อไปนอกจากตนเองแล้วจะมีใครดูแลผู้ป่วย (Juvang, Lambert, & Lambert, 2007) นั่นคือ อายุจึงอาจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระได้ทั้งทางบวกและทางลบ

รายได้ (income) จากผลการศึกษาพบว่า ปัญหาความยากลำบากทางการเงินเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดภาระมากที่สุดในครอบครัว (Shibre et al., 2003) ครอบครัวที่มีสถานทางเศรษฐกิจต่ำหรือมีฐานะยากจนจะมีรายได้น้อยทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระมากเนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีค่าใช้จ่าย ค่ารักษา ค่าเดินทางในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล รายได้จึงเป็นแหล่งที่ช่วยสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปได้โดยดี หากผู้ดูแลมีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้จึงมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมาก (รจนา ปุณโณทก, 2550; Chien et al., 2007)

ระดับการศึกษา (education) ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาน้อยมีแนวโน้มขาดความรู้ในการดูแล

ทำให้มีความรู้สึกเป็นภาระมาก นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยจะมีวิธีการในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และแสวงหาแหล่งสนับสนุนได้น้อยกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับสูง ทั้งนี้การศึกษาในระดับสูงจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพได้มากขึ้นซึ่งเป็นส่วนที่ช่วยให้มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นจึงการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระน้อยลงนั่นคือระดับการศึกษาจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ (รจนา ปุณโณทก, 2550; Adeosun, 2013)

อาจกล่าวได้ว่า ตัวแปร ความแข็งแกร่งในชีวิต トラบาป ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา) น่าจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ดูแลหลัก ความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน ญาติ หรือนุคคลอื่นที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ เป็นเวลานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อความหมายภาษาไทยได้อายุ 20 ปี ขึ้นไป และไม่เป็นผู้ป่วยหรือเคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ตามแนวคิดของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G* Power (Erdfeiler, Faul, & Buchner, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ トラบาป ($r = .33$) (Mak & Cheung, 2010) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ($r = -.25$) (Grandon et al., 2008) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.378$ ถึง $-.62$) (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543; Chien et al., 2007) เพศ ($r = .298$) (Salama & El-Soud, 2012) อายุ ($r = .318$ ถึง $.42$) รายได้ ($r = -.214$ ถึง $-.61$) (รจนา ปุณโณทก, 2550; Chien et al., 2007) ระดับการศึกษา ($r = -.285$) (รจนา ปุณโณทก, 2550) และความแข็งแกร่งในชีวิตซึ่งศึกษาในผู้เจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง ($r = -.47$) (Simpson & Jones, 2013) การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .2 กำหนดให้ค่า power เท่ากับ .80 นัยสำคัญ (α) = .05 ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (correlation) จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 193 รายเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มอีกร้อยละ 20 รวมทั้งหมดเป็น 233 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก เพื่อขออนุญาตเก็บ

รวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัย โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แจ้งสิทธิ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีตอบรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงลายมือชื่อยินยอมก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายและไม่มีผลกระทบต่อการมาตรวจรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลของเพศอายุศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็โรครจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรครจิตเภท

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งพัฒนาโดย ซาริต และซาริต (Zarit & Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุษฎี ทุลศิริ และคณะ (2554) มีจำนวน 22 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-88 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้สึกเป็นภาระมาก จากการนำประเมินนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากเท่ากับ .91 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ส่วนที่ 3: แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณแสงอ่อนและทัศนาวทิวณ (2555) ตามแนวคิดของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995) จำนวน 28 ข้อ มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) I have (ฉันมี...) 2) I am (ฉันเป็นคนที่...) และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก จากการนำประเมินนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากเท่ากับ .86 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

ส่วนที่ 4: แบบประเมินตราบาป พัฒนาโดยแมค และจุง (Mak & Cheung, 2010) แปลโดยจิตภินันท์ โชครศมีหิรัญ (2553) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (affective) ข้อ 1-7 2) ด้านความคิด (cognitive) ข้อ 8-14 และ 3) ด้านพฤติกรรม (behavioral) ข้อ 15-22 คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1-4 คะแนน 4 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 22-88 คะแนน ซึ่งคะแนนมากหมายถึงมีตราบาปมากจากการนำแบบประเมินนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบรากเท่ากับ .94 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

ส่วนที่ 5: แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นแบบประเมินที่ จิราพร รักการ (2549) ดัดแปลงจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

จิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของลีฟลีย์ (Lefley, 1987, อ้างถึงใน จิราพร รักการ, 2549) จำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความหมายของโรคจิตเภท 2) อาการของโรคจิตเภท 3) สาเหตุของโรคจิตเภท 4) การดำเนินโรค 5) การรักษาโรคจิตเภท 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ คือ 0 และ 1 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทดีจากการนำแบบสอบถามนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ด้วยวิธีคูเรอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .58 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

ส่วนที่ 6: แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย จิราพร รักการ (2549) ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของเฮาส์ (House, 1980, อ้างถึงใน ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางทรัพยากร 3) การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า 4) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสารคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมเป็นค่าเฉลี่ย มีค่าตั้งแต่ 1.00-5.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางขึ้นไปจึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี จากการนำแบบสอบถามนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เท่ากับ .62 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก และหลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบติดต่อประสานงานหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลกำลังศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูล และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวัน และเวลาที่กำหนด จัดเตรียมสถานที่ สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นห้องในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยในเบื้องต้นหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอม จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 25-30 นาที ในการเก็บ

รวบรวมข้อมูลนี้ใช้ช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างว่างระหว่างการรอตรวจ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการอ่านผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.1 อายุเฉลี่ย 48.40 ปี ($SD = 13.241$) มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 27 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.5 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 48.9 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.9 รายได้เฉลี่ย 13850.28 บาท ($SD = 14509.051$) มีรายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 39.9 รายได้มีความเพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 45.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.5 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 41.2 ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 9.24 ปี ($SD = 7.901$) โดยที่ระยะเวลาในการดูแล 2-10 ปี ร้อยละ 59.2

2. ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกเป็นภาระ ความแข็งแกร่งในชีวิต トラバプ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรความรู้สึกเป็นภาระ ความแข็งแกร่งในชีวิต トラバプ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติบรรยายพบว่าคะแนนความรู้สึกเป็นภาระมีเฉลี่ยเท่ากับ

23.03 ($SD = 16.955$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตค่าเฉลี่ยเท่ากับ 116.18 ($SD = 13.992$) คะแนนトラバプมีค่าเฉลี่ย 35.64 ($SD = 12.683$) คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 24.46 ($SD = 3.170$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับค่อนข้างดี คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ($SD = 0.692$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต トラバプ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แรงสนับสนุนทางสังคมอายุ และรายได้กับความรู้สึกเป็นภาระ

จากการทดสอบการกระจายของตัวแปรโดยทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าอายุ ความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม มีการแจกแจงแบบปกติส่วนความรู้สึกเป็นภาระ รายได้ トラバプ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงหาความสัมพันธ์ของตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต トラバป ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แรงสนับสนุนทางสังคมอายุ และรายได้กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ トラバป และ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ($r = .272, .644$, และ $.144$; $P = .000, .028$ และ $.000$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความแข็งแรงในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.230$, และ $-.290$; $P = .000$ และ $.000$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ รายได้ ($r = -.029$, $P = .667$) (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบบสเปียร์แมน ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต トラบาป ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แรงสนับสนุนทางสังคม อายุ และรายได้ กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($n = 233$)

ตัวแปร	r_s	p - value
ความแข็งแรงในชีวิต	-.230	.000
トラบาป	.644	.000
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	.144	.028
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.290	.000
อายุ	.272	.000
รายได้	-.029	.667

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ และระดับการศึกษา กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) พบว่า เพศ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ตาราง 2 และ 3)

ตารางที่ 2 ตารางการแจกแจงระหว่างเพศกับความรู้สึกเป็นภาระ ($n = 233$)

เพศ	ความรู้สึกเป็นภาระ				รวม
	ไม่มีภาระ	น้อยถึงปานกลาง	ปานกลางถึงรุนแรง	รุนแรง	
ชาย	46 (63.9%)	16 (22.2%)	9 (12.5%)	1 (1.4%)	72
หญิง	80 (49.7%)	51 (31.7%)	22 (13.7%)	8 (5.0%)	161
รวม	126 (54.1%)	67 (28.8%)	31 (13.3%)	9 (3.9%)	233

$$\chi^2 = 5.103, p = .164$$

ตารางที่ 3 ตารางการกระจายระหว่างระดับการศึกษากับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 233)

ระดับการศึกษา	ความรู้สึกเป็นภาระ		รวม
	ไม่มีภาระ	มีความรู้สึกเป็นภาระ	
ไม่ได้เรียน – ประถมศึกษา	64 (52.0 %)	59 (48.0 %)	123
มัธยมศึกษาขึ้นไป	62 (56.4 %)	48 (43.6 %)	110
รวม	126 (54.1%)	107 (45.9%)	233

$\chi^2 = 282, p = .596$

การอภิปรายผลการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความรู้สึกเป็นภาระ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ซิมสันและโจนส์ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายโดยผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ (Simpson & Jones, 2013) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ดูแลพบกับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากในชีวิตหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา (I can) มีบุคคลหรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ (I have) รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วย (I am) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดน้อยลงทำให้เกิด

ความรู้สึกเป็นภาระน้อยลง ดังเช่นที่ ซาริตได้กล่าวไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทถือว่าต้องใช้ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยถือเป็นสถานการณ์ที่ยากลำบากอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียด (psychological distress) หากผู้ดูแลสามารถเอาชนะจากสถานการณ์ความตึงเครียดดังกล่าวก็จะทำให้มีความรู้สึกเป็นภาระน้อยลง (Zarit, 2008)

ความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปกับความรู้สึกเป็นภาระ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตราบาปกับความความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮัสสัน โอฮายอนและคณะ (Hasson-Ohayon, et al., 2011) ซึ่งพบว่า ระดับความรู้สึกเป็นตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทครอบครัวมักจะรู้สึกผิดคิดว่าตนเองมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2549) รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นตราบาปจะขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

(Wahl & Harman, 1989) จากการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวที่มีผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชพบว่าสมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกอับอายที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะในสังคมของชุมชนขนาดเล็กมักมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ถูกต้องโดยมีความเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงและมักทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงมักเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Rose, Mallinson, & Gerson, 2006) รวมทั้งมีความคับข้องใจ ความอับอาย จากการรับรู้ประสบการณ์ความรู้สึกเป็นตราบาปส่งผลเสียต่อสุขภาพและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ดูแล ส่งผลให้การรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีมากขึ้น (Lefley, 1989; Hasson-Ohayon et al., 2011) ความรู้สึกเป็นตราบาปจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์เท่ากับ .644 อันเป็นค่าความสัมพันธ์สูงสุดของตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ (นิสกรแก้วพิลา, 2545) และผลการศึกษาของเชนและคณะ (Chien et al., 2007) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ขาดความรู้

เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระสูง อย่างไรก็ตามพบว่าผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เซฟาซี และคณะ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การดำเนินของโรค วิธีการรักษา ผู้ดูแลก็มีแนวโน้มที่จะพยายามวางแผนการที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น (Sefasi et al., 2008) ความรู้สึกเป็นภาระจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกเป็นภาระ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ทีปประพิน สุขเจียว (2543) และการศึกษาของจากานาธาน และคณะ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ (Jagannathan et al., 2014) อาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะสามารถจัดการกับความเครียดและความเจ็บป่วยได้ดีกว่าบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย อาจเนื่องจากบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากย่อมมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เช่น เงิน วัสดุสิ่งของ

หรือการแนะนำให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ เป็นต้น เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางจิตเวชย่อมทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือเครือข่ายทางสังคม (Saunders, 2003) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้สึกเป็นภาระ

เพศ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\chi^2 = 5.103, p = .164$) การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนา ปุณโณทก (2550) และการศึกษาของ ยูซัฟ และคณะ (Yusuf et al., 2009) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความความรู้สึกเป็นภาระ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งความรักของบิดามารดานั้นเป็นดั่งสายสัมพันธ์ที่ตัดไม่ขาด บิดามารดาเป็นผู้ที่มอบความรักความอบอุ่นและมีความเสียสละแก่บุตร (วรัญญา มณีสรี, 2555) แม้ในกรณีที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีความเรื้อรัง ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน บิดามารดายังเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การดูแล (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวถักชัย, 2546) ทั้งบิดาและมารดาต่างก็มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความเป็นไปได้ที่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความความรู้สึกเป็นภาระได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความความรู้สึกเป็นภาระโดยเพศหญิงมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศชาย

(Adeosun, 2013) และบางการศึกษาที่พบว่าเพศชายมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศหญิง (Oshodi et al., 2012)

อายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี (ค่าเฉลี่ย 48.40 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.241) และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์อายุกับความความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Chien et al., 2007; Jagannathan et al., 2014) ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าเมื่อผู้ดูแลมีอายุมากขึ้น การประกอบกิจกรรมต่างๆ ยากลำบากมากขึ้นตามวัยที่เปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น รวมทั้งการที่ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น มักจะมีความรู้สึกกังวลถึงในอนาคตต่อไปว่า นอกจากตนเองแล้วจะมีใครดูแลผู้ป่วย (Juvang et al., 2007) อายุจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความรู้สึกเป็นภาระ

รายได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูซัฟ และคณะ (Yusuf et al., 2009) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความความรู้สึกเป็นภาระ อาจเนื่องจากอิทธิพลวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งที่ให้การดูแลแบ่งปัน

ความรักความอบอุ่น และเป็นที่พึ่งพิงทางใจของสมาชิกยามประสบปัญหา (ภัสสร สนิมานนท์, 2541) และเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีเรื่องเดือดร้อนหรือเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง บุตรหรือคู่สมรส จึงร่วมกันเข้ามาช่วยเหลือดูแลเท่าที่จะทำได้ (ปรีดิหทัย แก้วมณีรัตน์, 2534) จึงมีความเป็นไปได้ที่รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นได้รับการสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และเครือข่าย ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก รายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ แต่อย่างไรก็ดี ผลการศึกษาค้างนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Chien et al., 2007; Kung, 2003)

ระดับการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ ออซแมน และแซล (Othman & Salleh, 2008) และการศึกษาของ ยูซัฟ และคณะ (Yusuf et al., 2009) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อยหรือกลุ่มที่มีระดับการศึกษามากขึ้นไปต่างก็มีความรู้สึกเป็นภาระที่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีระยะเวลาในการดูแลยาวนานเช่นเดียวกันนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ต่างได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Zarit, 2008) เหมือนกัน จึงมีความเป็นไปได้ที่ระดับการศึกษาซึ่งต่างกัันนั้นก็มีระดับ

ความรู้สึกเป็นภาระไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ แต่อย่างไรก็ดี ผลการศึกษาค้างนี้แตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกเป็นภาระมาก (Adeosun, 2013) และบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ อันส่งผลให้มีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระมาก (Lim & Ahn, 2003)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีระดับความสัมพันธ์สูงสุดได้แก่ トラบาป

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระคือความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระได้แก่ トラบาป ดังนั้นจึงน่าจะมีการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ การจัดกิจกรรมที่จะช่วยลดความรู้สึกเป็นトラบาปของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระน้อยลง สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการขยายการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตพื้นที่อื่น และควรมีการศึกษาเชิงทำนายของตัวแปรที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ช่วยสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณ แสงอ่อน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดและคำแนะนำมาตลอดการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2545). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2545*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555 (Annual Report 2012)*. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตภินันท์ ไชศรีศรีหิรัญ. (2553). *ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกละอายในครอบครัวในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนัญชิดาคุชฎี ทุลศิริ, รัชนี้ สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิปประพิน สุขเจียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีระลีลำนันทกิจ. (2550). *โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิตากร แก้วพิลา. (2545). *ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญวดีเพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลา นครินทร์เวชสาร*, 21(4), 249-258.

- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). *การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน และทัศนาวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (A Resilience-Enhancing Program)*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์. (2549). *ตราบาปและโรคทางจิตเวช*. เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2557, จาก <http://www.dmh.moph.go.th/news/view.asp?id=1001>.
- ภัสสร สิมานนท์. (2541). บทบาทของผู้ชายกับปัญหาครอบครัวไทยในปัจจุบัน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43, 258-265.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรัญญา มณีศรี. (2555). *จินตนาการและความทรงจำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทัศนศิลปศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). *ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Adeosun, I. I. (2013). *Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria*. Retrieved March 8, 2014, from <http://www.hindawi.com/journals/schizort/2013/353809/>
- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric. Retrieved January 6, 2014, from <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>
- Angermeyer, M. C., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., & Kopf, A. (2006). Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Archives Psychiatric Nursing*, 4, 158-165.
- Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and public health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved March 8, 2014, from http://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf
- Chien, W. T., Chan, S., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1151-1161.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health psychology*, 7(3), 284-286. Retrieved March 29, 2014, from <http://www.>

- psy.cmu.edu/~scohen/schealthpsy88.pdf
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). G POWER: A general power analysis program *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28(1), 1-11. Retrieved January 12, 2014, from <http://link.springer.com/article/10.3758%2FBF03203630#page-1>
- Grandon, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158(3), 335-343. doi: 10.1016/j.psychres.2006.12.013.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Harvey, P.D., & Strassing, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: Cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11, 73-79.
- Hasson-Ohayon, I., Levy, I., Kravetz, S., Vollanski-Narkis, A., & Roe, D. (2011). Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 75-80.
- Jagannathan, A., Thirthalli, J., Hamza, A., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2014). Predictors of family caregiver burden in schizophrenia: Study from an in-patient tertiary care hospital in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 94-98.
- Juvang, L., Lambert C. E., & Lambert, V. A. (2007). Predictors of family caregivers burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 192-198.
- Kazadi, N. J. B., Moosa, M. Y. H., & Jeenah, F. Y. (2008). Factors associated with relapse in schizophrenia. *South African Journal of Philosophy*, 14(2), 52-62.
- Kung, W. W. (2003). The illness, stigma, culture, or immigration? burdens on Chinese American caregivers of patients with schizophrenia. *The Journal of Contemporary Human Services*, 84(4), 547-557. Retrieved March 7, 2014, from <http://www.cpsy.eg.net/pdf/2010/july/1en.pdf>
- Lasebikan, V. O., & Ayinde, O. O. (2013). Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates. *The Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 60-66.
- Lefley, H. P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychiatric Association*, 44(3), 556-560.
- Lim, Y. M., & Ahn, Y. H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16(2), 110-117.

- Mak, W. W., & Cheung, R. Y. M. (2010). Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: Conceptualization and unified measurement. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 267-281.
- Mcdonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., & Dyck, D. G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process*, 42(1), 91-103.
- Oshodi, Y., Adeyemi, J., Aina, O., Suleiman, T., Erinfolami, A., & Umeh, C. (2012). Burden and psychological effect: caregiver experiences in a psychiatric outpatient unit in Lagos, Nigeria. *African Journal of Psychiatry*, 15, 99-105.
- Othman, Z., & Salleh, M. R. (2008). Burden of care and social behavior problem of patients with schizophrenia. *International medical journal*, 15(4), 269-274.
- Rose, L. E., Mallinson, R. K., & Gerson, L. D. (2006). Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 41-51.
- Sahoo, S., Brahma, P. K., & Mohapatra, P. K. (2010). Burden of caregiver of caregiver's among the mentally ill and diabetic patients-A comparative study. *The Orissa Journal of psychiatry*, 1, 39-47.
- Salama, R. A. A., & El-Soud, F. A. A. (2012). Caregiver burden from caring for impaired elderly: A cross-sectional study in rural Lower Egypt. *Italian journal of public health*, 9(4), 1-10. Retrieved March 7, 2014, from <http://www.ijphjournal.it/article/download/8662/7820>
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198. doi: 10.1080/01612840390160711.
- Sefasi, A., Crumlish, N., Samalani, P., Kinsella, A., O'Callaghan, E., & Chilale, H. (2008). A little knowledge: Caregiver burden in schizophrenia in Malawi. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 160-164.
- Shibre, T., Kebede, D., Alem, A., Negash, A., Deyassa, N., Fekadu, A., et al. (2003). Schizophrenia: Illness impact on family members in a traditional society-rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(1), 27-34.
- Simpson, G., & Jones, K. (2013). How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury?. *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 367-77.
- Thara, R., Padmavati, R., Kumar, S., & Srinivasan, S. (1998). Instrument to assess burden on caregivers of chronic mentally ill. *Indian Journal of Psychiatry*, 40(1), 21-29.
- Vasudeva, S., Sekhar, C. K., & Rao, P. G. (2013). Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A

- sectional study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(4), 352-357.
- Wahl, O., & Harman, C. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 131-139.
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved March 7, 2014, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Yusuf, A. J., Nuhu, F. T., & Akinbiyi, A. (2009). Caregiver burden among relatives of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *The South African Journal of Psychiatry*, 15(2), 43-47.
- 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 Gerontology Center.