



วารสาร

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

Vol.37 No.2 May – August 2023

ISSN (print) : 0857-4553

ISSN (online) : 2773-9171

บทความวิจัย

- ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ปัญญา ปิ่นยงตระกูล, พชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอริคมกิจ, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล
- อิทธิพลของเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวต่อความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส
พรพิมล พรหมน้อย, พชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอริคมกิจ
- ผลการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้
ฤดีมาศ เนาวสาร, ชลพร กองคำ, กาญจนา สุทธิเนียม, ชุวิทย์ รัตนพลแสนย์
- ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ, ครุณี รุจกรกานต์

บทความวิชาการ

- แนวทางการช่วยเหลือผู้ตั้งครรภ์วัยรุ่นจัดการความเครียดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019
เครือวัลย์ คำฟู, ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, จิรจิตติกาล ศิลปสุวรรณ, รัตติยา วงศ์ลาภพานิช, ศิรินา สันต์งาน
- การจัดการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชน
จิราภา บุญศิลป์, ดวงดาว อุบลเข้ม



วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH

จุดประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร
ความคิดเห็น ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช
3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่ม
สร้างสรรค์
4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี
ระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ

กำหนดการออก

ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม - เมษายน,
พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม)

เจ้าของ

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

สำนักงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
เลขที่ 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน
กรุงเทพฯ 10600 โทร. 0-2437-0200-8
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

Objectives

1. To distribute knowledge
2. To serve as medium for exchanging
information, ideas, experiences in psychiatric
mental health nursing among the professional
nurse
3. To promote and increase creative thinking
4. To establish good relationship among
the professional members

Published by

Psychiatric Nurses Association of Thailand

Office

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
112 Somdet Chaopraya Rd.,
Klong-San Bangkok 10600
e-mail: psychonursejournal@gmail.com

คณะกรรมการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ประจำปี 2563 - 2566

ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
รศ.ดร.จินตนา ชูนิพันธุ์
รศ.สมศรี เชื้อหิรัญ
นางวัชรภรณ์ อุทโยภาส
นางกัลยา ภักดีมงคล
นางกาญจนา เหมะรัต
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
ศ.ดร.มรรยาท รุจิวิเศษชัย
ดร.มยุรี กลับบงษ์

อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
อดีตนายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
นายกสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

รองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
นางสาวพัชริน คุณคำชู

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ดร.วไลลักษณ์ ฟูมพวง
รศ.ดร.เอกอุมา อิ่มคำ
นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.คาราวรรณ ต๊ะปันตา
รศ.ดร.วรรัตน์ ถาน้อย
อ.นิรันดรา นฤพันธ์
ผศ.ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ
อ.ดร.วัชรินทร์ วุฒิธณฤทธิ์
อ.ดร.อังกร่า คำมะทิตย์
ผศ.เครือวัลย์ ศรียารัตน์
ผศ.ว่าที่ ร.ด.ธีระยุทธ เกิดสังข์
ดร.สุนทร ศรีโกสย
ดร.กฤษณ์พิทักษ์ เพียรทอง
นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
นางสาวนิรมล ปะนะสุนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
สถาบันพัฒนาการเคีกราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ศูนย์วิทยการ กรมแพทยทหารเรือ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวสาวิตรี แสงสว่าง

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

คณะกรรมการที่ปรึกษาสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

กรรมการที่ปรึกษา
กรรมการที่ปรึกษาทางกฎหมาย
กรรมการที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
ทนายเสรี สุวรรณ
นายกสภาการพยาบาล
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
รองศาสตราจารย์ สมพร เชื้อหิรัญ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
ศาสตราจารย์ ดร.มรยาท รุจิวิชญ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันราชานุกูล
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬรเาประสาทวาทโยปถัมภ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนปรุง
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

ประจำปี 2563 - 2566

นางสาวมยุรี กลั้ววงษ์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีธัญญา	นายกสมาคม
นางพรทิพย์ คงสัคย์	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 1
นางอัญชลี วัคทอง	ข้าราชการบำนาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	อุปนายกสมาคม คนที่ 2
ศศ.ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	เลขาธิการและประธานฝ่ายวารสาร
นางสาวโสธรา ศุกโรจน์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเลขาธิการ
นางดวงตา กุลรัตนญาณ	ข้าราชการบำนาญ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เหรัญญิก
นางพรเพ็ญ นิลกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรัญญิก
นางสาวพิมพ์พนา ศรีหมอนันต์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยเหรัญญิก
ศศ.ดร.ชลพร กองคำ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	ประธานฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
ดร.อุทยา นาคเจริญ	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพนิดา รัตนไพโรจน์	สถาบันราชานุกูล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางสาวอนงค์นุช ศาโสกร	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
รศ.ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวิชาการและ บริการชุมชน
นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	ประธานฝ่ายจัดหาทุน
นางวิภา วิทยเจียรนัย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นายอัมมา หรั่งลอย	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกรินทร์	ประธานร่วมฝ่ายจัดหาทุน
นางนริรัตน์ รุจิรพัฒน์	โรงพยาบาลศรีธัญญา	ประธานฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
นางสาวธัญชนก จิงา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
อ.ดร.ภาศิญา อ่อนดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายประชาสัมพันธ์ และปฏิคม
ศศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
อ.นิรันดรา นฤพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
น.ต.หญิง ชูดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ	ประธานร่วมฝ่ายวารสาร
นางรื่นฤดี ลิ้มฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	นายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน
นางสาววิศรา ใจคำป็น	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	ผู้ช่วยนายทะเบียน สวัสดิการ และผู้จัดการสำนักงาน

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2/2566 ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 4 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง บทความทุกเรื่องนอกจากมีความน่าสนใจในเนื้อหาให้ได้เรียนรู้และต่อยอดต่อไปแล้ว ยังเห็นได้ว่าพยาบาลจิตเวชนั้นมีการพัฒนาศาสตร์ของตนเองให้ก้าวหน้า ครอบคลุมบุคคลตลอดช่วงวัย และในฉบับใหม่ของปี 2566 มีการปรับบรรณานุกรมมาเป็น APA version 7 พร้อมกันนี้ขอเชิญผู้สนใจทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ และส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เพื่อเป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพทั้งนี้ ในปัจจุบันการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้น ผู้นิพนธ์สามารถส่งทางเว็บไซต์ของวารสารฯ และขอให้ผู้นิพนธ์ได้โปรดอ่านทำความเข้าใจกับขั้นตอนในการตีพิมพ์และปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งบทความต้นฉบับอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ บรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกองบรรณาธิการ ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความวิจัยมาเผยแพร่ทำให้เห็นว่าการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตนั้นมีการพัฒนาก้าวหน้าทันในยุคแห่งการเปลี่ยนผ่าน และช่วยให้วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย โรค ปลอดภัยนะคะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม

บรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566

หน้า

บทความวิจัย

- ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 - 21
 ปัญญา ชื่นขงตระกูล, พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน,
 นันทิยา เอกอริคมกิจ, จุติมา สงวนวิชัยกุล
- อิทธิพลของเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวต่อ 22 - 43
 ความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส
 พรพิมล พรมน้อย, พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอริคมกิจ
- ผลการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีชีวิตบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียน 44 - 59
 ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้
 ฤดีมาศ เนาวสาร, ชลพร กองคำ, กาญจนา สุทธิเนียม, ชุวิทย์ รัตนพลแสนย์
- ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า 60 - 79
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง
 ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ, ครุณี รุจกรกานต์

บทความวิชาการ

- แนวทางการช่วยเหลือผู้ตั้งครกวัยรุ่นจัดการความเครียดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส 80 - 93
 โควิด-19
 เกรือวัลย์ คำฟู, ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, จิรจิตติกาล ศิลปสุวรรณ,
 รัตติยา วงศ์ลาภพานิช, ศิรินา สันต์ดงาน
- การจัดการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชน 94 - 109
 จิราภา บุญศิลป์, ดวงดาว อุบลเข้ม

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*

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

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคมและความแข็งแกร่งในชีวิต กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

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

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*****อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*****นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

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

ความสำคัญของปัญหา

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

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หาย เป็นปกติเหมือนเดิม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ความเรื้อรังจากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแล

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

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

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

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

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

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

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

ภาวะซึมเศร้าในบริบทของประเทศไทย การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ด้านความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคมและความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

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

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

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

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

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

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

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

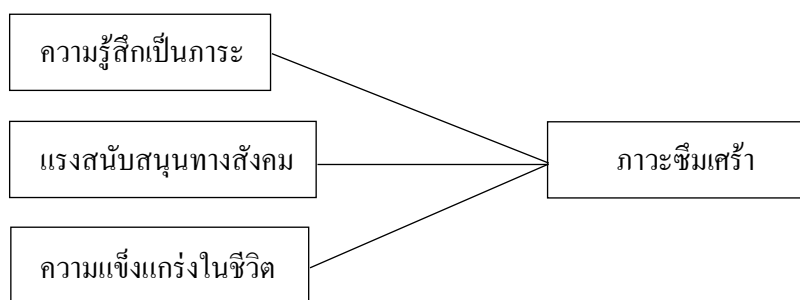
สบายใจที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย 2) การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า เช่น ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคมที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่ามีความค่าในตนเองและเป็นคนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น ได้รับการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์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

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการปรับตัวทางบวกให้สามารถเผชิญและจัดการกับ

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

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

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิต น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

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

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

ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อีก ร้อยละ 10 การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 135 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

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

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

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยผ่านการวิเคราะห์หาค่าความไว ความจำเพาะและ

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

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

แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

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

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

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

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

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

ประโยชน์เชิงวิชาการและรายงานผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยติดต่อเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

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

3. ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และลงรหัสข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

2. ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติบรรยาย (ตารางที่ 2) มีดังนี้

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

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 135)

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

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 135) (ต่อ)

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

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 135) (ต่อ)

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

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

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 67.57 (SD = 10.85) เมื่อแบ่งระดับ

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

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

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

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

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 135)

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

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระ แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

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

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

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

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

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

บำรุงจิต และคณะ, 2562)

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

แน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองทำให้กับผู้ป่วย

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

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

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

ที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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

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

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกเป็นภาระ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลด

ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทได้ตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทาง สังคมที่มีอยู่และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทาง สังคม

3. ผลการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งใน ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการจัดโปรแกรมการ เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้า

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

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัย ครั้งนี้จนสำเร็จ ขอขอบคุณบุคลากรผู้เกี่ยวข้องใน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณผู้เข้าร่วม วิจัยทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

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

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

- วิไล คุปต์นริตติสกุล และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบ สอบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในคนไทย. *สารศิริราช*, 49(5), 442-448.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม *วารสารสภา การพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สาวินี กลังกา, ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล, และอรุณฉวี ใจเที่ยง. (2565). การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่ง หนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 31-41.
- สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2559). ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 31(3), 139-148.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบท สังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-168.
- สุพัตรา บำรุงจิตร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยทำนายความผูกพันทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 148-159.
- โสภณ แสงอ่อน. (2558). ภาวะซึมเศร้า: ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และความแข็งแกร่งในชีวิต. ใน พัชรินทร์ นินทจันทร์ (บรรณาธิการ), *ความแข็งแกร่งในชีวิต แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้* (หน้า 93-114). จุฬาทอง.
- อนันต์ศรี สมิทธีนราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการ ปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(3), 43-56.
- อมรา ชูพลศักดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และชนิดดา นนบเกสร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก การะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 67(2), 36-43.
- Alipah, B., Tutiiryani, D., Ainsah, O., & Osman, C. B. (2010). Depressive disorders and family functioning among the caregivers of patients with schizophrenia. *East Asian Archives of Psychiatry*, 20(3), 101-108.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. Elsevier.
- Bademli, K., Lok, N., & Kılıç, A. K. (2018). The relationship between the burden of caregiving, submissive behaviors and depressive symptoms in primary caregivers of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 229-234.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Lawrence Erlbaum Associates.
- El-Tantawy, A. M. A., Raya, Y. M., & Zaki, A. M. K. (2010). Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Current Psychiatry*, 17(3), 15-25.
- Fan, Y. C., Chen, M. B., Lin, K. C., Bai, Y. M., & Wei, S. J. (2014). The resilience and health status of primary caregivers of schizophrenia patients. *The Journal of Nursing*, 61(6), 29-39.
- Faul, F., Erdfelder, E., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *The Journal Behavior Research Methods*, 39(3), 175-191.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4(1), 65-72.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison- Wesley.
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Magana, S. M., Ramirez Garcia, J. I., Hernandez, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378-384.

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

THE INFLUENCE OF GENDER, ADJUSTMENT, SOCIAL SUPPORT FROM FRIENDS, AND FAMILY CONNECTEDNESS ON RESILIENCE IN DISADVANTAGED ADOLESCENTS*

*Pornpimon Pramnoi, B.N.S**, Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.***,
Sopin Sangon, RN, Ph.D.****, Nantiya Ekathikhomkit, RN, Ph.D.******

Abstract

Objective: The purpose of this research was to examine the influence of gender, adjustment, social support from friends, and family connectedness on resilience in disadvantaged adolescents.

Methods: The participants were 266 secondary school students studying in a school for disadvantaged adolescents in the central region of Thailand. Sample random sampling was used for sample selection. The research instruments for data collection included 1) Demographic Questionnaire, 2) Resilience Inventory, 3) Adjustment Questionnaire, 4) Social Support from Friends Questionnaire and 5) Family Connectedness Questionnaire. Reliabilities of the instrument 2 to 5 were .85, .87, .86 and .70 respectively. The descriptive statistics, Spearman rank correlation coefficient, point biserial correlation coefficient, and hierarchical multiple regression were used for data analyses.

Results: The results showed that gender was statistically significant associated with resilience ($r = .170$; $p < .01$). Adjustment, social support from friends, and family connectedness were positively and significantly associated with resilience ($r = .428, .457$, and $.211$ respectively; $p < .01$). Gender, adjustment, social support from friends, and family connectedness could jointly explained 34.0 percent of the variance of resilience in disadvantaged adolescents ($R^2 = .340$, $F = 33.651$, $p < .001$). The statistically significant factors influencing resilience in disadvantaged adolescents were social support from friends and adjustment.

Conclusion: The results of this study might be utilized to develop guidelines for strengthening resilience in disadvantaged adolescents.

Keywords: disadvantaged adolescents, resilience, adjustment, social support from friends, family connectedness

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

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

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

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

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

Received: 19 March 2023, Revised: 3 July 2023, Accepted: 10 July 2023

อิทธิพลของเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพัน ในครอบครัวต่อความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส*

พรพิมล พรมน้อย, พย.บ. **, พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. ***,

โสภณ แสงอ่อน, RN, Ph.D. ****, นันทิยา เอกอริคมกิจ, RN, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอิทธิพลของเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว ต่อความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ของโรงเรียนสำหรับเด็กด้อยโอกาสแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่ภาคกลางของประเทศไทย จำนวน 266 คน การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต 3) แบบประเมินการปรับตัว 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และ 5) แบบประเมินความผูกพันในครอบครัว หากความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 5 ในกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85, .87, .86 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .170; p < .01$) การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .428, r = .457$, และ $r = .211$ ตามลำดับ; $p < .01$) และพบว่า เพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสกลุ่มนี้ได้ร้อยละ 34.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .340, F = 33.651, p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการปรับตัว

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสต่อไป

คำสำคัญ : วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส, ความแข็งแกร่งในชีวิต, การปรับตัว, การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน, ความผูกพันในครอบครัว

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*****อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 19 มีนาคม 2566, วันที่แก้ไข: 3 กรกฎาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 10 กรกฎาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการสร้างเอกลักษณ์แห่งตน ต้องการความเป็นอิสระ ต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น ทั้งจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว และสังคม อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่ต้องปรับตัวจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่มากขึ้นและต้องมีความรับผิดชอบที่มากขึ้น การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย ส่งผลต่อความรู้สึก ความคิดการตัดสินใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบตัวของวัยรุ่น (Khare, 2018; Santrock, 2011; World health organization [WHO], 2023) วัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจส่งผลให้เติบโตเป็นวัยรุ่นที่มีปัญหาได้ เช่น ปัญหาด้านการเรียน ปัญหาด้านทางสังคม ปัญหาพฤติกรรม และปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น (รัตติกาล ยศสุข, 2553; ศุภางค์ สองเมือง, 2554) สังคมในปัจจุบันมีวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสที่นอกจากจะต้องเผชิญกับการปรับตัวมากมาย ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคมเช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไปแล้ว ยังต้องประสบกับปัญหาต่างๆ จากการที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม หรืออยู่ในสถานภาพที่ด้อยกว่าวัยรุ่นโดยทั่วไป (อมรวิรัช นาคทรพร, 2557; Auerswald et al., 2017)

วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส เป็นวัยรุ่นที่ตกอยู่ในสภาวะที่ยากลำบาก หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ขาดโอกาสทางสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษา ทำให้มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ด้อยกว่าวัยรุ่นปกติทั่วไป มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในหลาย ๆ ด้าน ทั้งปัญหาด้านพฤติกรรม และปัญหาสุขภาพจิต

(Auerswald et al., 2017; Chowdry & McBride, 2017) จากการศึกษาในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ถูกทอดทิ้ง มักขาดความรักความอบอุ่น มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น กลุ่มวัยรุ่นเร่ร่อน มักประสบปัญหาการถูกทารุณกรรม ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การขายบริการทางเพศและอาชญากรรม เป็นต้น (อมรวิรัช นาคทรพร, 2557; Child Welfare Information Gateway, 2018) ส่วนวัยรุ่นกลุ่มยากจน เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ อีกทั้งในระยะยาวอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต หรืออาจมีการใช้สารเสพติด (Jané-Llopis & Braddick, 2008) กลุ่มที่ถูกทารุณกรรม มักพบปัญหามีพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาด้านการมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่น ปัญหาด้านการรู้คิด รวมถึงปัญหาด้านอารมณ์ เช่น กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า (Jané-Llopis & Braddick, 2008; Ma et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสที่ต้องเข้าเรียนในโรงเรียนประจำมักมีปัญหาในด้านการปรับตัว โดยเฉพาะการปรับตัวกับเพื่อน ซึ่งเป็นบุคคลที่วัยรุ่นให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก (ศุภางค์ สองเมือง, 2554) ปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น การขโมยของ การใช้สารเสพติด การรวมกลุ่มกัน ฝ่าฝืนกฎของโรงเรียน พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม รวมถึงปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นต้น (อมรวิรัช นาคทรพร, 2557)

แม้ว่าวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสต้องเผชิญกับ

การปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม และสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย แต่ก็มีวัยรุ่นด้อยโอกาสบางรายสามารถผ่านพ้นช่วงวัยนี้ไปได้ด้วยดี จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่วัยรุ่นมีความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และสามารถนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995; Masten, 2013; Werner & Smith, 2001) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) หมายถึง ความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก สามารถป้องกัน ลดความรุนแรงและผ่านพ้นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) ความแข็งแกร่งในชีวิต ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) มี 3 องค์ประกอบหลัก ที่แต่ละบุคคลจะนำมาใช้เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้าย เพื่อลดความรุนแรง และสามารถผ่านพ้นสถานการณ์นั้นไปได้ คือ 1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็นคน...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นความสามารถและทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995; 1997)

การที่วัยรุ่นจะมีความแข็งแกร่งในชีวิต

มากหรือน้อยนั้น มีความเกี่ยวข้องกับหลากหลายปัจจัย จากการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นทั่วไปและวัยรุ่นด้อยโอกาส พบว่ามีทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ทางลบ ปัจจัยที่มีผลการศึกษาไม่แน่นอน และปัจจัยที่ทั้งมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตได้ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน, 2558; Chung et al., 2018) บรรยากาศในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ, 2558) แรงสนับสนุนทางสังคม (มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ, 2558; Peng et al., 2012) การมีประสบการณ์ทางด้านบวก การมีความสุขในชีวิต (Gomez et al., 2013) การปรับตัว ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (Altundag & Bulut, 2014) ความภาคภูมิใจในตนเอง (ธัญญภัทร์ ศิริชชนราโรจน์, สกมล วรเจริญศรี และปริญญามีสุข, 2560) และการมองโลกในแง่ดี (Sabouripour & Roslan, 2015) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ ความเครียด เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (Gomez et al., 2013; Peng et al., 2012) ความเครียดสะสม (Wild et al., 2013) การรับรู้ความเครียด (Gomez et al., 2013; Solomon, 2013) ปัญหาทางสุขภาพจิต (Peng et al., 2012) และภาวะซึมเศร้า (Chung et al., 2018) ส่วนปัจจัยที่มีผลการศึกษาไม่แน่นอน เช่น ปัจจัยเพศ มีการศึกษาในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสและวัยรุ่นทั่วไประดับชั้นมัธยมศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งใน

ชีวิต (พัชรินทร์ นันทจันทร์, ศรีสุดา วนาลีสิน, ลัดดาแสนสีหา, ขวัญพนมพร ธรรมไทยและพิศสมัย อรทัย, 2554; ศิริพร ณ นคร, 2561) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาส ในประเทศแอฟริกาใต้และประเทศนอร์เวย์ พบว่า เพศชายมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่าเพศหญิง (Moksnes & Lazarewicz, 2017; Wild et al., 2013) นอกจากนี้ บางการศึกษาในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในประเทศไนจีเรีย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต (Salami, 2010) ส่วนปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษาในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสที่กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต (พัชรินทร์ นันทจันทร์, วาริรัตน์ ถาน้อย, โสภณ แสงอ่อน, มาณวิภา พัฒนมาศ และช่อทิพย์ อินทรรักษา, 2560) แต่จากการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแกร่งในชีวิต (Wild et al., 2013) นอกจากนี้การศึกษาในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในประเทศโปรตุเกส พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต (Dias & Cadime, 2017) และการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มผู้อพยพ ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต (Ziaian et al., 2012)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิต เช่น การควบคุมตนเอง (อรพินทร์ ชูชม, สุภาพร ธนะชานันท์ และทัศนากกิต,

2555; Dias & Cadime, 2017; Mestre et al., 2017) การมองโลกในแง่ดี ความเชื่ออำนาจในตน ความสัมพันธ์ที่ดีกับบิดามารดา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ความสัมพันธ์กับเพื่อน (อรพินทร์ ชูชม และคณะ, 2555) การเห็นคุณค่าในตนเอง (สุวิณี ภารา, 2555; Karatas & Cakar, 2011) การปรับตัว (สุวิณี ภารา, 2555) ประเพณีครอบครัว ความผูกพันในครอบครัว (พัชรินทร์ กระแสดีชัย, วรณิ เดียววิเศษ และจินตนา วัชรสินธุ์, 2554) การแสดงอารมณ์ทางบวก ความสามารถในการเข้าสังคม (Mestre et al., 2017) สิ่งแวดล้อมทั้งโรงเรียน บ้าน ชุมชน และเพื่อน การมีเป้าหมายในชีวิต (Dias & Cadime, 2017) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายความแข็งแกร่งในชีวิต เช่น เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ (พัชรินทร์ นันทจันทร์ และคณะ, 2560) ความว้าเหว่ (Altundag & Bulut, 2014; Rew et al., 2001) ความสิ้นหวัง (Karatas & Cakar, 2011; Rew et al., 2001) และภาวะกดดันทางจิตใจ (Perron et al., 2014)

จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในหลายด้าน รวมถึงขาดโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาทั้งทางด้านสติปัญญา อารมณ์ และจิตใจอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาด้านการปรับตัว และการดำรงชีวิตได้ (อนันต์ อุ้นแก้ว, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมก็พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสในประเทศไทยยังมีค่อนข้างจำกัด และมี

บางปัจจัยที่มีผลการศึกษายังไม่แน่นอน เช่น เพศ เป็นต้น การศึกษาความสามารถในการทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของปัจจัยเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ความผูกพันในครอบครัว และความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส
3. เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว ในการร่วมกันทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส
2. เพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตใน

วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในวัยรุ่นทั่วไปและวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ดังนี้

ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้าย หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาตนเองให้ผ่านพ้นจากผลกระทบที่ได้รับอย่างรวดเร็ว ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995; Rutter, 2012) ตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ I have (ฉันมี ...) I am (ฉันเป็นคนที่...) และ I can (ฉันสามารถที่จะ...) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) มีรายละเอียดดังนี้ 1) I have (ฉันมี ...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอก (External supports) ที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต เช่น มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่เชื่อใจได้ มีตัวอย่างที่ดีในการทำสิ่งต่าง ๆ มีคนที่พร้อมจะให้กำลังใจ มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง เป็นต้น 2) I am (ฉันเป็นคนที่...) เป็นความเข้มแข็งภายใน (Inner strengths) ของแต่ละบุคคล เช่น มีความภูมิใจในตนเอง เป็นคนมีพื้นฐานอารมณ์ดี พร้อมทั้งจะยอมรับและยกย่องผู้อื่น พร้อมทั้งจะรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองกระทำและยอมรับผลของการกระทำนั้น มี

ความสามารถวางแผนอนาคตได้ เป็นต้น และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal and problem-solving skills) เช่น สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ทั้งการเรียน การทำงาน รู้จักขอความช่วยเหลือจากใครสักคนได้ในเวลาที่ต้องการ มีอารมณ์ขันเพื่อผ่อนคลายความเครียดให้ตนเอง เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตมีหลากหลาย ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมกับเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว ดังนี้

เพศ พัฒนาการของวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิงมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ การรู้คิด จิตสังคม และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านดังกล่าวนี้ ทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก เพื่อให้สามารถยืนหยัดและเติบโตต่อไป จากการศึกษาในวัยรุ่นด้อยโอกาสที่เป็นผู้อพยพลี้ภัยในประเทศออสเตรเลีย (Ziaian et al., 2012) วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 (ศิริพร ณ นคร, 2561) นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในประเทศโปรตุเกส (Dias & Cadime, 2017) และวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2554) พบว่า เพศหญิงมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในประเทศนอร์เวย์ พบว่า เพศชายมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าเพศหญิง (Moksnes & Lazarewicz,

2017) นอกจากนี้ในบางการศึกษา เช่น การศึกษาในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในประเทศจีน (Chung et al., 2018) วัยรุ่นด้อยโอกาสกลุ่มไร้บ้าน ประเทศสหรัฐอเมริกา (Rew et al., 2001) และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในประเทศไนจีเรีย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต (Salami, 2010)

การปรับตัว เป็นความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองในการพยายามจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้น ปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมของตนเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของตนเองกับสภาพแวดล้อม หรือสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งบุคคลอาจมีการปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน เช่น การปรับตัวด้านการเรียน การปรับตัวด้านสังคม การปรับตัวด้านอารมณ์ส่วนตัว และการปรับตัวด้านความรู้สึกล่อสถานศึกษา เป็นต้น (อมราพร สุรการ, 2555; Baker et al., 1985) ทั้งนี้การที่วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสต้องเข้ามาศึกษาในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวอย่างมาก แต่เมื่อวัยรุ่นมีเพื่อนหรือบุคคลอื่นในโรงเรียน คอยให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ (I have) ทำให้วัยรุ่นมีความรับผิดชอบ รู้สึกเป็นที่รักของเพื่อนและบุคคลอื่น (I am) ส่งเสริมให้สามารถปรับตัวได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ (I can) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; อมราพร สุรการ, 2555; Grotberg, 1995) ดังนั้นเมื่อวัยรุ่นกลุ่มด้อย โอกาสมีการปรับตัวที่ดี จึงมี

แนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง จากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร (สุวิณี ภารา, 2555) และกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาตรี ประเทศสหรัฐอเมริกา (Haktanir et al., 2021) พบว่าการปรับตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เป็น การที่บุคคลรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุน และได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนในโรงเรียนทางด้าน อารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน และ ด้านเครื่องมือ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีศักยภาพใน การทำหน้าที่ของตน และช่วยลดปัญหาอุปสรรค ในชีวิตได้ (อมราพร สุรการ, 2555; Malecki & Demaray, 2002; Malecki et al., 2014) ซึ่งวัยรุ่นที่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากเพื่อน ทำให้ วัยรุ่นรู้สึกว่าคุณเองมีเพื่อนที่เข้าใจ คอยให้ คำแนะนำหรือคำปรึกษา สนับสนุนช่วยเหลือใน เรื่องต่าง ๆ แสดงความรัก ความห่วงใย และให้ กำลังใจ (I have) อันน่าจะเอื้ออำนวยให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่เป็นที่รักของเพื่อน (I am) และสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนเมื่อตนเอง มีปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจ (I can) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; อมราพร สุรการ, 2555; Grotberg, 1995) ดังนั้นวัยรุ่นด้อยโอกาสที่มีการสนับสนุน ทางสังคมจากเพื่อนสูง จึงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมี ความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง จากการศึกษาในวัยรุ่น กลุ่มด้อยโอกาส ซึ่งมีปัญหาด้านสถานะทาง เศรษฐกิจ ประเทศอังกฤษ (Graber et al., 2016) กลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มด้อยโอกาสที่ครอบครัวมี

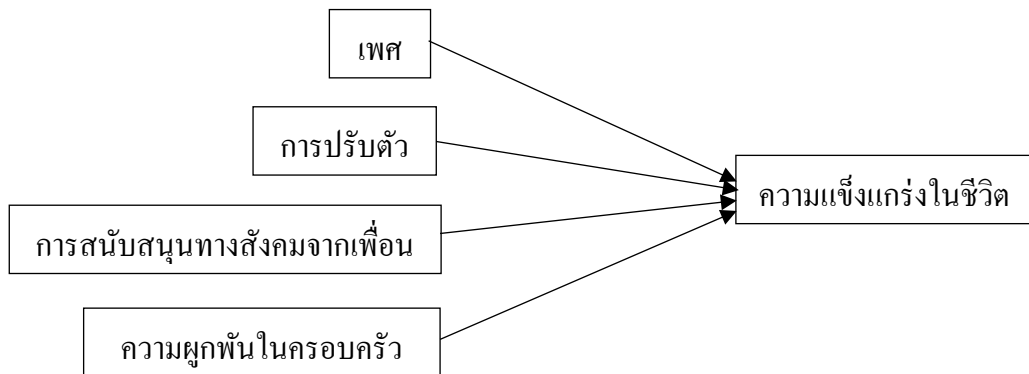
รายได้ต่ำในแถบชนบท ประเทศสหรัฐอเมริกา (Markstrom et al., 2000) และกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็น นักศึกษาปริญญาตรี (อรพินทร์ ชูชม และคณะ, 2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต

ความผูกพันในครอบครัว เป็นการรับรู้ ของวัยรุ่นต่อบรรยากาศความรู้สึกผูกพันระหว่าง สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ความรู้สึกใกล้ชิดกับ บิดามารดา การได้รับการเอาใจใส่ดูแล ความพอใจ ในสัมพันธภาพภายในครอบครัว รู้สึกเป็นที่รักและ เป็นที่ต้องการในครอบครัว (Resnick et al., 1997) ครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนพื้นฐานของ วัยรุ่น โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน หลัก ความผูกพันในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่ช่วย สร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต โดยเมื่อวัยรุ่นมี ความใกล้ชิดกับบิดามารดา ได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากสมาชิกในครอบครัว (I have) ทำให้วัยรุ่นรู้สึก เป็นที่รักเป็นที่ต้องการของครอบครัว มีความพอใจ ในสัมพันธภาพภายในครอบครัว (I am) และสามารถขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเมื่อ ต้องการได้ (I can) วัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสที่มีความ ผูกพันในครอบครัวสูง จึงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมี ความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จากการศึกษาในกลุ่ม วัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ศูนย์การศึกษานอก ระบบ (กศน.) และชั้นปวช. 1 - 3 พบว่า ความ ผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความแข็งแกร่งในชีวิต และสามารถทำนายความ แข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่น (วัชรินทร์ กระแสศรัย และคณะ, 2554) การศึกษาในนักเรียนระดับชั้น มัธยมศึกษาในประเทศตุรกี พบว่า ความผูกพันใน

ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิต (Erdem, 2017) และการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ความผูกพันในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิต และมีอิทธิพลโดยตรงกับความแข็งแรงในชีวิต

(Marriner et al., 2014)

อาจจะกล่าวได้ว่า เพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวจึงน่าจะสามารถร่วมกันทำนายความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive study design) กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ของโรงเรียนสำหรับเด็กด้อยโอกาส สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในเขตพื้นที่ภาคกลางที่มีความเข้าใจ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน 2563 การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยที่จำนวนแต่ละระดับชั้นคิดตาม

สัดส่วน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้หลัก Power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1992) โดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul et al., 2007) ซึ่งในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression analysis) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรม (วัชรินทร์ กระแสศักดิ์ และคณะ, 2554; Graber et al., 2016; Haktanir et al., 2021; Wild et al., 2013) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล Small effect size ค่าอำนาจการ

ทดสอบ (power) เท่ากับ .80 คำนวณสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และจำนวนตัวแปรทำนาย (number of predictors) 4 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 244 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 268 คน ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 266 คน ซึ่งมีความเพียงพอตามข้อกำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพ สมรสของบิดามารดา การพักอาศัยที่บ้าน ผู้ปกครอง จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง อาชีพของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว เงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง และความเพียงพอของเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2558) ตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) I have (ฉันมี...) 2) I am (ฉันเป็นคนที่...) และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5

คะแนน โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28 - 140 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง แสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจากการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปรับตัว เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยอมราพร สุรการ (2555) จากแบบวัด The Student Adaptation to College Questionnaire (SACQ) ของเบเกอร์ และคณะ (Baker et al., 1985) และข้อมูลขั้นต้นที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิดของผู้พัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 51 ข้อ โดยแบ่งการปรับตัวเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านการเรียน การปรับตัวด้านสังคม การปรับตัวด้านอารมณ์ส่วนตัว และการปรับตัวด้านความรู้สึกล่อลวงต่อสถานศึกษา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 6 คะแนน โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย ไปจนถึง 6 คะแนน หมายถึง จริงที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ยรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 1.00 - 6.00 จากการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินการปรับตัวในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .87

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เป็นแบบประเมิน ที่พัฒนาโดยอมราพร สุรการ (2555) จากแบบวัด Child and Adolescent Social Support Scale (CASSS) ของมาเลคกี และคณะ (Malecki et al, 2014) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

ใน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมิน และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 6 คะแนน โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย ไปจนถึง 6 คะแนน หมายถึง จริงที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยที่ได้อยู่ระหว่าง 1.00 - 6.00 จากการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความผูกพันในครอบครัว เป็นแบบประเมิน ที่พัฒนาโดย พิศมัย นพรัตน์ (2543) ตามแนวคิดของเรชนิก และคณะ (Resnick et al., 1997) เพื่อประเมินการรับรู้ของวัยรุ่นต่อบรรยากาศความผูกพันในครอบครัว ประกอบด้วย ความใกล้ชิดครอบครัว การรับรู้ถึงการเอาใจใส่จากครอบครัว ความพอใจในสัมพันธภาพของครอบครัว และความรู้สึกถึงการเป็นที่รักและต้องการของครอบครัว จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนรวมทั้ง 12 ข้อ มีค่าตั้งแต่ 12 - 60 คะแนน จากการหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความผูกพันในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MURA2020/376 และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงให้นักเรียนทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับนักเรียน และการตอบแบบสอบถามจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถยุติการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล หรือสิ่งที่เป็นการระบุถึงตัวบุคคลของนักเรียน ส่วนหนังสือการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ลงนามโดยนักเรียนและผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจลงนาม จะไม่มีการนำไปเชื่อมโยงกับแบบสอบถามที่นักเรียนตอบ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติทำการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเข้าทำการวิจัยในโรงเรียน โดยทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยได้เข้าประสานงานกับครูที่เกี่ยวข้องและพบกับนักเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และประสานกับทางโรงเรียนเพื่อพบผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจลงนาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หรือส่งเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจให้ผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจลงนาม

3. หลังจากผู้ปกครอง/ผู้มีอำนาจลงนามยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการศึกษา และนักเรียนยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามแล้ว จึงให้นักเรียนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง การตอบแบบสอบถามใช้เวลาในช่วงเวลาที่ว่างจากการเรียนการสอน ตามที่ทางโรงเรียนจัดสรรเวลาให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที

4. หลังจากนักเรียนตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ให้นักเรียนนำมาใส่ในกล่องปิดผนึกที่เปิดช่องไว้สำหรับใส่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้หน้าห้องเรียนด้วยตนเอง

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติบรรยาย โดยสถิติบรรยายที่นำมาใช้ คือ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ใช้ในการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการ

วิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวกับความแข็งแกร่งในชีวิต ในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าข้อมูลตัวแปรการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ส่วนตัวแปรเพศ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point - biserial correlation coefficient)

3. การวิเคราะห์ความสามารถของปัจจัยเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว ในการร่วมกันทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis) โดยปัจจัยเพศทำให้เป็น Dummy variables ก่อนทำการวิเคราะห์ และได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality distribution) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (Homoscedasticity) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) และตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์

กันเอง (Multicollinearity) ผลการตรวจสอบพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 266 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.9 มีอายุเฉลี่ย 15.44 ปี ($SD = 1.83$) กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 21.1, มัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 18.4 มัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 18.1 มัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 16.5 มัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 15.0 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 10.9 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.7) เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 96.2) สถานภาพสมรสของบิดา - มารดาส่วนใหญ่แยกกันอยู่ (ร้อยละ 46.2) รองลงมา บิดา - มารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 38.7) เมื่อกลับบ้านส่วนใหญ่วักอาศัยอยู่กับมารดา (ร้อยละ 37.6) ส่วนใหญ่ผู้ปกครองคือบิดา/มารดา (ร้อยละ 40.2) รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 46.2) เงินที่ได้รับจากบิดา/มารดา/ผู้ปกครองเพียงพอบ้างครั้ง (ร้อยละ 48.1)

2. ความแข็งแกร่งในชีวิต การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว ของวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ระหว่าง 80 - 134 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 108.20 ($SD = 10.31$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน ความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ย

จำนวน 117 คนคิดเป็นร้อยละ 43.98 การปรับตัวมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ระหว่าง 2.82 - 5.69 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ($SD = 0.51$) กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 82.0 และมีการปรับตัวในระดับสูงร้อยละ 18.0 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ระหว่าง 2.78 - 5.74 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 ($SD = 0.63$) กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.7 และรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในระดับสูงร้อยละ 38.3 และความผูกพันในครอบครัว มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 - 60 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.90 ($SD = 7.20$) กลุ่มตัวอย่างมีความผูกพันในครอบครัวในระดับต่ำร้อยละ 3.4 มีความผูกพันในครอบครัวในระดับปานกลางร้อยละ 70.3 และมีความผูกพันในครอบครัวในระดับสูงร้อยละ 26.3

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความแข็งแกร่งในชีวิต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยซ์ไบเซรียล พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต ($r = .170$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 1) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวกับความแข็งแกร่งในชีวิต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์

แบบสเปียร์แมน พบว่า การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต

($r = .428$, $r = .457$, และ $r = .211$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยซ์ไบซีเรียล (r) ระหว่างเพศกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ($n = 266$)

ตัวแปร	r	p -value
เพศ	.170	.01

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r) ระหว่างการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ($n = 266$)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การปรับตัว	1.000			
2. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.320**	1.000		
3. ความผูกพันในครอบครัว	.260**	.121*	1.000	
4. ความแข็งแกร่งในชีวิต	.428**	.457**	.211**	1.000

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

4. ความสามารถของ เพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว ในการร่วมกันทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

การวิเคราะห์ความสามารถของปัจจัยเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัว ในการร่วมกันทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น จัดลำดับการนำตัวแปรเข้าสู่สมการทำนายตามการ

ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงจัดลำดับตัวแปรเข้าสู่สมการทำนายดังต่อไปนี้ 1) เพศ 2) การปรับตัว 3) ความผูกพันในครอบครัว และ 4) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งผลจากการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 3

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น พบว่า เพศ การปรับตัว ความผูกพันในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความแข็งแกร่ง

ในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสได้ร้อยละ 34.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .340$, $F = 33.651$, $p = .000$) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($\beta = .356$, $t = 6.566$, $p = .000$) และการปรับตัว ($\beta = .294$, $t = 5.118$, $p = .000$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis) ของเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส ($n = 266$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE _b	β	t	p-value
Model 1					
ค่าคงที่ (Constant)	102.232	2.221		46.037	.000
เพศ	3.643	1.300	.170	2.802	.005
$R = .170$; $R^2 = .029$; Adjusted $R^2 = .025$; $F = 7.850$, $p = .005$					
Model 2					
ค่าคงที่ (Constant)	69.240	4.506		15.365	.000
เพศ	1.873	1.184	.087	1.582	.115
การปรับตัว	.179	.022	.450	8.157	.000
$R = .474$; $R^2 = .225$; Adjusted $R^2 = .219$; R^2 change = .196; $F = 38.171$, $p = .000$					
Model 3					
ค่าคงที่ (Constant)	66.487	4.872		13.646	.000
เพศ	1.875	1.181	.087	1.587	.114
การปรับตัว	.168	.023	.423	7.279	.000
ความผูกพันในครอบครัว	.120	.082	.084	1.467	.144
$R = .481$; $R^2 = .231$; Adjusted $R^2 = .222$; R^2 change = .006; $F = 26.276$, $p = .000$					
Model 4					
ค่าคงที่ (Constant)	53.050	4.964		10.687	.000
เพศ	1.322	1.100	.062	1.202	.230
การปรับตัว	.117	.023	.294	5.118	.000
ความผูกพันในครอบครัว	.129	.076	.090	1.700	.090
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	.252	.038	.356	6.566	.000
$R = .583$; $R^2 = .340$; Adjusted $R^2 = .330$; R^2 change = .109; $F = 33.651$, $p = .000$					

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าปัจจัยเพศ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และความผูกพันในครอบครัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสได้ร้อยละ 34.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ส่วนตัวแปรเพศ และความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

การปรับตัว ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวก และมีอิทธิพลต่อความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิต (สุวิณี ภารา, 2555; Haktanir et al., 2021; Hezarian et al., 2021) และการปรับตัวมีอิทธิพลต่อความแข็งแรงในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุวิณี ภารา, 2555) การที่ผลการศึกษากครั้งนี้พบว่า การปรับตัวมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส สามารถอธิบายได้ว่าวัยรุ่นที่ปรับตัวได้จะมีลักษณะเห็นคุณค่าในตนเอง

มองเห็นตนเองในทางบวก รวมถึงสถานการณ์ในทางบวก สามารถจัดการความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นมีความแข็งแรงในชีวิต (รัตติยาพร ทองญวน และคณะ, 2555) จากการศึกษาจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปรับตัวโดยรวมทั้ง 4 ด้านคือ ด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านความรู้สึกต่อสถานศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 82) รองลงมาคือ มีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 18) ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปรับตัวด้านสังคมสูงสุด รองลงมาคือ การปรับตัวด้านความรู้สึกต่อสถานศึกษา แสดงถึงการที่วัยรุ่นสามารถเข้ากับเพื่อนและบุคคลอื่นในโรงเรียนได้ รู้สึกพึงพอใจต่อการเรียนในสถานศึกษา รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและได้รับการยอมรับในโรงเรียน ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (I am) (เปรมพร มั่นเสมอ, 2545; รัตติยาพร ทองญวน และคณะ, 2564; อมราพร สุรการ, 2555) มีเพื่อนที่พร้อมจะช่วยเหลือ (I have) นอกจากนี้การที่วัยรุ่นมีเป้าหมายในการเรียน มองสถานการณ์ด้านการเรียนเป็นทางบวก มีกลวิธีในการแก้ปัญหาการเรียน ทำให้วัยรุ่นจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการปัญหาต่าง ๆ รวมถึงเชื่อว่าจะสามารถเรียนจบการศึกษาได้ (I can) นำไปสู่ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง (I am) (สุวิณี ภารา, 2555; อมราพร สุรการ, 2555) จึงอาจกล่าวได้ว่านักเรียนที่มีการปรับตัวดี จะมีความแข็งแรงในชีวิตสูง

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจาก

เพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวก และมีอิทธิพลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Graber et al., 2016; Markstrom et al., 2000; Van Harmelen, Blakemore, Goodyer, & Kievit, 2021) และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Graber et al., 2016)

จากที่ผลการศึกษาค้างนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความแข็งแกร่งในชีวิต อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญกับเพื่อนเป็นอย่างมาก ต้องการการยอมรับจากเพื่อน ให้ความสำคัญในการคบเพื่อน อยากได้รับความรักและเอาใจใส่ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในโรงเรียนประจำ ใช้เวลาส่วนใหญ่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันกับเพื่อน ดังนั้นเพื่อนจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดที่สามารถจะให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการที่วัยรุ่นคาดหวังมากที่สุด ซึ่งการศึกษาค้างนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.7) และรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในระดับสูง (ร้อยละ 38.3) แสดงถึงวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างนี้ มีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยเพื่อนน่าจะแสดงความห่วงใย สอบถามถึงความต้องการการช่วยเหลือ และพร้อมให้ความ

ช่วยเหลือในสิ่งที่ต้องการ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ของหรือคำแนะนำในด้านการเรียน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณมีเพื่อนที่ช่วยเหลือ (I have) ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือจากกลุ่มเพื่อนจะทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกมีตัวตน ร่วมกับการที่วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณเป็นคนที่คอยให้กำลังใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับโดยเฉพาะข้อมูลทางบวก เช่น การชมเชย ทำให้วัยรุ่นมองเห็นตนเองทางด้านบวก และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (I am) นอกจากนี้ยังทำให้วัยรุ่นรับรู้ถึงศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเองมากขึ้น และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ (I can) (อมราพร สุรการ, 2555; Graber et al., 2016; Markstrom et al., 2000) นักเรียนที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสูงจึงน่าจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

เพศ ผลการศึกษาค้างนี้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่าเพศชาย น่าจะอธิบายได้จากพัฒนาการที่มีความแตกต่างกันของเพศชายและเพศหญิงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ การรู้จัก จัดสังคม และพฤติกรรม โดยในช่วงวัยรุ่นเพศหญิงจะมีพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านต่าง ๆ รวดเร็วกว่าเพศชาย จึงอาจทำให้เพศหญิงต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมให้ได้อย่างรวดเร็ว พยายามค้นหาวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงกญา โคตนารา, เนตรชนก แก้วจันทา และชมพูท กาบคำบา, 2560; สุริยเดว ทรีปาตี, 2550) ทำให้เพศหญิงสามารถจัดการปัญหา

ต่าง ๆ ได้ (I can) อีกทั้งเพศหญิงจะมีการแสดงออกด้านอารมณ์ที่ชัดเจนมากกว่าเพศชาย ไม่ว่าจะเป็นการให้ความสำคัญกับผู้อื่น การเอาใจใส่ผู้อื่น ในขณะที่เพศชายมักจะไม่นับบอกความรู้สึกกับผู้อื่น และมีความคิดที่มุ่งเน้นในเรื่องของตนเองมากกว่า จึงทำให้เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย เห็นอกเห็นใจผู้อื่น รับรู้ว่าคุณค่าในตนเองเป็นผู้ที่สามารถรักและถูกรักได้ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (I am) และเชื่อว่ามีความสามารถไว้วางใจได้คอยอยู่เคียงข้างเสมอ (I have) (สุวิณี ภารา, 2555; Grotberg, 1995; Sun & Stewart, 2007) เพศหญิงจึงมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่าเพศชาย

อย่างไรก็ดีแม้ว่าการศึกษารุ่นนี้จะพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต แต่เพศ มีอิทธิพลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงนั้นต้องเผชิญสถานการณ์เดียวกันอยู่ในสภาพแวดล้อมเหมือนกัน รวมถึงต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียนเช่นเดียวกัน จึงอาจทำให้เพศไม่มีอิทธิพลมากพอในการทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในกลุ่มตัวอย่างนี้

ความผูกพันในครอบครัว การที่ผลการศึกษารุ่นนี้พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า บริบทของวัยรุ่นทั่วไปจะมีการรับรู้ถึงบรรยากาศความรู้สึกผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านความรู้สึกใกล้ชิดกับบิดา

มารดา การได้รับการเอาใจใส่ดูแล ความพอใจในสัมพันธภาพภายในครอบครัว รู้สึกเป็นที่รักและที่ต้องการในครอบครัว (พิสมัย นพรัตน์, 2543; Orozco-Solis et al., 2021) ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนพื้นฐานที่สำคัญของวัยรุ่น เป็นสถานที่ที่ทำให้วัยรุ่นมีความใกล้ชิดกับบิดามารดา ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว (I have) ได้เรียนรู้ถึงการเป็นผู้ให้และรับความรัก รู้สึกเป็นที่รักเป็นที่ต้องการของคนในครอบครัว (I am) ทำให้วัยรุ่นสามารถขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเมื่อต้องการได้ (I can) (เมธิรา ไกรนที, วันชัย ธรรมศักดิ์ และอุทิศ สังขรัตน์, 2563; วัชรินทร์ กระแสศักดิ์ และคณะ, 2554) นักเรียนที่มีความผูกพันในครอบครัวสูงจึงแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง

อย่างไรก็ดีการศึกษารุ่นนี้พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างถึงแม้ส่วนใหญ่จะมีความผูกพันในครอบครัวในระดับปานกลางถึงสูง แต่เมื่อต้องเข้ามาอยู่ในโรงเรียนสำหรับเด็กด้อยโอกาส ซึ่งเป็นโรงเรียนประจำ กลุ่มตัวอย่างต้องแยกจากครอบครัวมาใช้เวลาร่วมกับครูและเพื่อน และด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความลำบากทั้งด้านการเดินทางและการติดต่อกับครอบครัว ทำให้มีโอกาสดูติดต่อกับครอบครัวได้น้อย ซึ่งขณะอยู่ในโรงเรียนเมื่อต้องเผชิญปัญหา กลุ่มตัวอย่างจึงมีครูและเพื่อนเป็นบุคคลสำคัญที่จะนึกถึงและติดต่อขอความช่วยเหลือแทนที่บุคคลในครอบครัว ดังนั้นถึงแม้

การศึกษาจะพบว่าความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต แต่น่าจะไม่มีอิทธิพลมากพอที่จะทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในกลุ่มตัวอย่างนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน อันจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย และศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งน่าจะสามารรถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสได้เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ ขอขอบคุณสภากาชาดไทย ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ชัยญักษ์ สิริธรรมาโรจน์, สกล วรเจริญศรี และปริญญา มีสุข. (2560). ความภาคภูมิใจในตนเองและความหุนตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยศิลปากร สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 10(3), 512-529.

เปรมพร มั่นเสมอ. (2545). *การปรับตัว กลวิธีการเผชิญปัญหา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัชรินทร์ นันทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

พัชรินทร์ นันทจันทร์, วารินทร์ ถาน้อย, โสภิต แสงอ่อน, มาณวิภา พัฒนมาศ และช่อทิพย์ อินทรักษา. (2560). ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาส. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 13-28.

พัชรินทร์ นันทจันทร์, ศรีสุดา วณาสสิน, ถัดดา แสนสีหา, ชวัญพนมพร ธรรมไทย และพิศสมัย อรทัย. (2554). ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย. *วารสารจิตพยาบาลสาร*, 17(3), 430-443.

พิศสมัย นพรัตน์. (2543). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัทธรินทร์ นันทจันทร์ และโสภิต แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 57-75.

เมธิรา ไกรนที, วันชัย ธรรมสังการ และอุทิศ สังขรัตน์. (2563). ครอบครัว: สถาบันหลักทางสังคมกับบทบาทการพัฒนามนุษย์แบบองค์รวม. *วารสารปริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 33(1), 1-16.

รัตติกาล ชศสุข. (2553). *การปรับตัวของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนแบบ อยู่ประจำ โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 31 อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัตติยาพร ทองฉนวน, ฉัฐวิณี สิทธิศิริอรอด, คุณเดือน พันธมนาวิน และวิรัชญา วันโณ. (2564). ผลการส่งเสริมการปรับตนเพื่อเอาชนะอุปสรรคของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาจังหวัดพังงา. *วารสารศรีนครินทร์ วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 13(26), 120-132.

วัชรินทร์ กระแสสัตย์, วรณิ เดียววิเศษ และจินดา วัชรสินธุ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างประเพณี ครอบครัว ความผูกพันในครอบครัวกับความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(2), 59-68.

ศิริพร ณ นคร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ เหตุการณ์ที่สร้างความยุ่งยากใจ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับความเข้มแข็งในชีวิตในวัยรุ่นกลุ่มด้อยโอกาสไทยในจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับพิเศษ]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศุภากร ส่องเมือง. (2554). กลไกการปรับตัวทางสังคมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 42 จังหวัดสตูล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับพิเศษ]. มหาวิทยาลัยทักษิณ.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนาธา, เนตรชนก แก้วจันทา และชมพูนุท กาบคำบา. (2560). พัฒนคติของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งต่อเพศภาวะในสังคมไทย. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 43(2), 84-114.

สุริยเดว ทรีปาตี. (2550). พัฒนาการและการปรับตัวในวัยรุ่น. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2562, จาก <http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf>

สุวิณี ภารา. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งในชีวิตของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับพิเศษ]. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อนันต์ อุ่นแก้ว. (2544). การพัฒนาสุขภาพจิตเด็กด้อยโอกาส. ใน *การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544 "ความสุขที่พอเพียง"* (หน้า 57). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

อมรวิทย์ นาคกรรพ. (2557). เด็กด้อยโอกาส จุลพลิกพื้นอนาคตของชาติ. ใน *การประชุมวิชาการ "อภิวัฒน์การเรียนรู้...สู่จุดเปลี่ยนประเทศไทย"* (หน้า 1 - 22). สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน

อรพินทร์ ชูชม, สุภาพร ธนะชานันท์ และทัศนาทองภักดี. (2555). ปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 18(2), 1-15.

อมรพร สุรกร. (2555). การศึกษาองค์ประกอบและตัวแปรเชิงสาเหตุของการปรับตัวของนักเรียนที่มีความสามารถพิเศษทางวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับพิเศษ]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Altundag, Y., & Bulut, S. (2014). Prediction of resilience of adolescents whose parents are divorced. *Psychology*, 5, 1215-1223.

Auerswald, C. L., Piatt, A. A., & Mirzazadeh, A. (2017). Research with disadvantaged, vulnerable and/or marginalized adolescents. *Innocenti Research Briefs*, 6, 1-17.

Baker, R. W., McNeil, O. V., & Siryk, B. (1985). Expectation and reality in freshman adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology*, 32(1), 94-103.

Child Welfare Information Gateway. (2018). *Parenting children and youth who have experienced abuse or neglect*. Retrieved June 13, 2019 from <https://www.childwelfare.gov/pubs/parenting-CAN/>

Chowdry, H., & McBride, T. (2017). *Disadvantage, behaviour and cognitive outcomes*. Retrieved June 29, 2023 from <https://www.eif.org.uk/report/disadvantage-behaviour-and-cognitive-outcomes>

Chung, J. O. K., Lam, K. K. W., Ho, K. Y., Cheung, A. T., Ho, L. L. K., Gibson, F. et al. (2018). Relationships among resilience, self-esteem, and depressive symptoms in Chinese adolescents. *Journal of Health Psychology*, 19, 1-10.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. Dias, P. C., & Cadime, I. (2017). Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation. *Psicologia Educativa*, 23, 37-43.

Erdem, S. (2017). Attachment to parents and resilience among high school students. *Journal of Positive Psychology & Wellbeing*, 1(1), 22-33.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39 (2), 175-191.

- Gomez, M., Vincent, A., & Toussaint, L. L. (2013). Correlates of resilience in adolescents and adults. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 1, 18-24.
- Graber, R., Turner, R., & Madill, A. (2016). Best friends and better coping: Facilitating psychological resilience through boys' and girls' closest friendships. *British Journal of Psychology*, 107 (2), 338-358.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the hums spirit*. Bernard Van Leer.
- Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. Retrieved March 20, 2018 from <http://resilnet.uiue.edu/library/grotb97a.html>.
- Haktanir, A., Watson, J. C., Ermis-Demirtas, H., Karaman, M. A., Freeman, P. D., Kumaran, A., et al. (2021). Resilience, academic self-concept, and college adjustment among first-year students. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, 23(1), 167-178.
- Hezarian, S., Bakhtiarpour, S., Pasha, R., Asgari, P., & Hafezi, F. (2021). The relationship of social adjustment and resilience with attitudes towards drugs in high school boy and girl students. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 23(4), 1-7.
- Jané-Llopis, E., & Braddick, F. (2008). *Mental health in youth and education*. European Communities. Karatas, Z., & Cakar, F. S. (2011). Self-esteem and hopelessness, and resiliency: An exploratory study of adolescents in Turkey. *International Education Studies*, 4(4), 84-91.
- Khare, S. (2018). Adolescents: Problem and solution. *Edu World Journal*, 10(1), 22-29.
- Ma, J., Grogan-Kaylor, A., & Delva, J. (2016). Behavior problems among adolescents exposed to family and community violence in Chile. *Family Relations Journal*, 65(3), 502-516.
- Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2002). Measuring perceived social support: Development of the Child and Adolescent Social Support Scale (CASSS). *Psychology in the Schools*, 39(1), 1-18.
- Malecki, C. K., Demaray, M. K., & Elliott, S. N. (2014). *A working manual on the development of the child and adolescent social support scale (2000)*. Retrieved November 3, 2020 from <https://img1.wsimg.com/blobby/go/0945c099-6201-4d5f-8d3e-ce9d69261f44/downloads/Child%20and%20Adolescent%20Social%20Support%20Scale.pdf?ver=1621375884475>
- Markstrom, C. A., Marshall, S. K., & Tryon, R. J. (2000). Resiliency, social support, and coping in rural low-income Appalachian adolescents from two racial groups. *Journal of Adolescence*, 23(6), 693-703.
- Mariner, P., Cacioli, J-P., & Moore, K.A. (2014). The relationship of attachment to resilience and their impact on stress. In K. Kaniasty, K. A. Moore, S. Howard & P. Buchwald (Eds.), *Stress and anxiety: Applications to social and environmental threats, psychological well-being, occupational challenges, and developmental psychology* (pp.73-82). Berlin: Logos.
- Masten, A. S. (2013). Risk and resilience in development. In P. D. Zelazo (Ed.), *The Oxford handbook of developmental psychology* (pp. 579-607). Oxford University Press.
- Mestre, J. M., Núñez-Lozano, J. M., Gómez-Molinero, R., Zayas, A. & Guil, R. (2017). Emotion regulation ability and resilience in a sample of adolescents from a suburban area. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-13.
- Moksnes, U. K., & Lazarewicz, M. (2017). The association between stress, resilience, and emotional symptoms in Norwegian adolescents from 13 to 18 years old. *Journal of Health Psychology*, 24(8), 1093-1102.
- Orozco-Solis, M. G., Bravo-Andrade, H. R., Ruvalcaba-Romer, N. A., & Alfaro-Beracoechea, L. N. (2021). Teen resilience: The role of school and family connectedness. *Revisita de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 8(1), 20-36.
- Peng, L., Zhang, J., Li, M., Li, P., Zhang, Y., Zuo, X., et al. (2012). Negative life events and mental health of Chinese medical students: The effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry Research*, 196, 138-141.

- Perron, J. L., Cleverley, K., & Kidd, S. A. (2014). Resilience, loneliness, and psychological distress among homeless youth. *Psychiatric Nursing*, 28(4), 226-229.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medication Association*, 278(10), 823-832.
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N. Y., & Yockey, R. D. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 33-40.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344.
- Sabouripour, F., & Roslan, S. B. (2015). Resilience, optimism and social support among international students. *Asian Social Science*, 11(15), 159-170.
- Salami, S. O. (2010). Moderating effects of resilience, self-esteem and social support on adolescents' reactions to violence. *Asian Social Science*, 6(12), 101-110.
- Santrock, J. W. (2011). Adolescence: Physical and cognitive development in adolescence, In J. W. Santrock (Ed.), *Life-span development* (pp 348-379). McGraw Hill.
- Solomon, O. (2013). *Exploring the relationship between resilience, perceived stress and academic achievement*. Retrieved May 10, 2020 from <https://e-space.mmu.ac.uk/576570/>
- Sun, J., & Stewart, D. (2007). Age and gender effects on resilience in children and adolescents. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(4), 16-25.
- Van Harmelen, A. L., Blakemore, S. J., Goodyer, I. M., & Kievit, R. A. (2021). The interplay between adolescent friendship quality and resilient functioning following childhood and adolescent adversity. *Adversity and Resilience Science*, 2, 37-50.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press.
- Wild, L. G., Flisher, A. J., & Robertson, B. A. (2013). Risk and resilience in orphaned adolescents living in a community affected by AIDS. *Youth & Society*, 45(1), 140-162.
- World health organization [WHO]. (2023). *Adolescent health*. Retrieved June 29, 2023 from https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilization among refugee adolescents living in South Australia. *International Journal of Population Research*, 2012, 1-9.

THE EFFECTS OF GROUP COUNSELING BY PERSON-CENTERED THEORY TO REDUCE ANXIETY OF PARENTS OF STUDENTS WITH LEARNING DISABILITIES

*Rudeemas Naowwasan, M.Sc. *, Chonlaporn Kongkham, Ph.D. **,
Kanchana Suttineam, Ph.D. ***, Choowit Ruttanapolsan, Ph.D. ****

Abstract

Objective: 1) To compare the anxiety of parents of students with learning disabilities in the experimental group before and after counseling by the person-centered theory by group counseling. 2) To compare the anxiety of parents of students with learning disabilities between the experimental group who received by the person-centered theory by group counseling and the control group who received normal care.

Methods: The quasi-experimental research were 3 phases of data collection; pre-experimental, experimental and post-experimental. The experimental group received by the person-centered theory by group counseling twice a week, 1 hour 30 minutes for each time, totally 12 times. The sample group was the parents of students with learning disabilities, who was selected by anxiety scores from the highest to the sixteenth. The experimental group used the simple random sampling method and classify 2 groups, 8 person per group. The research instruments were 1) the anxiety scale for the parents of students with learning disabilities. 2) The person-centered theory by group counseling. Statistics were analyzed using descriptive, Wilcoxon signed-rank test and Mann-Whitney U test.

Results: 1) The result of comparing the anxiety in the experimental group before and after received the person-centered theory by group counseling showed that the anxiety of parents of students with learning disabilities after the experiment, there was different at .05 significance level. 2) The result of comparing the anxiety between the experimental group and the control group after received the person-centered theory by group counseling showed that experimental group and control group the anxiety of parents of students with learning disabilities, experimental group and control group after the experiment, there was no statistically significant difference.

Conclusion: The person-centered theory by group counseling can be decreased anxiety of parents of students with learning disabilities.

Keywords: anxiety, parents of students with learning disabilities, the person-centered theory by group counseling

**Student, Master of Science Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

***Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University, e-mail: chonlaporn.ko@bsru.ac.th*

****Assistant Professor, Faculty of Education, Bansomdejchaopraya Rajabhat University*

Received: 15 May 2023, Revised: 10 July 2023, Accepted: 17 July 2023

ผลการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความวิตกกังวล ของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้

ฤติมาศ เนาวสาร, วท.ม.*, ชลพร กองคำ, ประ.ค.**, กาญจนา สุทธิเนียม, ประ.ค.***, ชูวิทย์ รัตนพลแสนย์, ประ.ค.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง 2) เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษากลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลางกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมการศึกษากลุ่มทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง รวม 12 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่ตอบแบบวัดความวิตกกังวลที่มีคะแนนความวิตกกังวลเรียงลำดับจากคะแนนมากที่สุดลงมาถึงลำดับที่ 16 จำนวน 16 คน มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง และทำการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 8 คน กำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ 2) การศึกษากลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา : 1) ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการศึกษากลุ่มทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ หลังการทดลองลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการให้การศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : การศึกษากลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ได้

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล, ผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้, การศึกษากลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง

*นักศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

**ผู้ประสานงานบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, e-mail: chonlaporn.ko@bsru.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

วันที่รับ: 15 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 10 กรกฎาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 17 กรกฎาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disabilities: LD) พบได้บ่อยในทุกประเทศทั่วโลก ในด้านระบาดวิทยาพบในเด็กวัยเรียนประมาณร้อยละ 0.05 - 0.15 ซึ่งโดยหลักการกระจายตัวแบบปกติตามสถิติสามารถพบได้ทุกห้องเรียนและทุกโรงเรียน ถ้าห้องหนึ่งมีเด็ก 50 คน จะพบเด็กที่เป็นแอลดีประมาณ 3 - 8 คน และพบว่าร้อยละ 0.80 ของเด็กแอลดีมีความบกพร่องด้านการอ่าน พบได้ในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง ประมาณ 3 - 4 เท่า ยกเว้นกลุ่มที่มีความบกพร่องในด้านการคำนวณ ในบางการศึกษาวิจัย พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศ (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2561) ตามข้อมูลสำนักทะเบียนกลางกรมการปกครอง ณ วันที่ 31 มีนาคม 2565 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนคนพิการรวม 2,108,536 คน โดยเป็นบุคคลประเภทความพิการทางการเรียนรู้จำนวน 13,986 คน คิดเป็นร้อยละ 0.66 (อัจฉราพรรณ ปันบุตร, 2565) ความบกพร่องในการเรียนรู้ เป็นความผิดปกติของกระบวนการเรียนรู้ ที่แสดงอาการ ด้านการอ่าน การเขียนหรือด้านคณิตศาสตร์ พบในเด็กวัยเรียนได้ประมาณร้อยละ 0.10 (Kaplan et al., 2015) และในประเทศไทยพบความชุกในเด็กวัยเรียนร้อยละ 0.63 (Roongpraiwan et al., 2002) ในเพศชายต่อเพศหญิงในอัตรา 0.38 ต่อ 0.10 และร้อยละ 6.95 ของเด็กที่บกพร่องทางการเรียนรู้ มาพบแพทย์ด้วยปัญหาการเรียน (Piyasil & Wangtan, 2015) มักเริ่มแสดงอาการชัดเจนเมื่อเข้าเรียนชั้นประถมศึกษา และยังพบว่า ร้อยละ 0.40 ของเด็กบกพร่องในการเรียนรู้ด้านการอ่าน (dyslexia) ต้องออกจากโรงเรียน

(Kaplan et al., 2015) ในระยะยาวอาจส่งผลให้มีปัญหาสมาธิสั้นได้ (Cortiella et al., 2014) นอกจากนี้เด็กบกพร่องทางการเรียนรู้อยังมีปัญหาในการพูดสื่อสาร ปัญหาทางสมาธิ เช่น ขาดสมาธิสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง เป็นต้น ปัญหาทางการรับรู้ทั้งการรับรู้ด้านสายตา การได้ยิน การเคลื่อนไหวและการสัมผัส ปัญหาการประสานการทำงานของกล้ามเนื้อ มือ ขา ปัญหาการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจตามมาภายหลัง เช่น มีอาการเศร้า วิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ มีปมด้อย ไม่มั่นใจตนเอง แยกตัว ต่อต้าน และก้าวร้าว เป็นต้น (สุมิตรา โรจนนิติ และคณะ, 2565)

พ่อแม่ที่มีลูกเป็นเด็กกลุ่มพิเศษต้องเผชิญกับพฤติกรรม เอาแต่ใจตัวเอง ทำให้รู้สึกคับข้องใจและกังวลใจในอนาคต เมื่อลูกโตเป็นผู้ใหญ่จึงทำให้เกิดความตึงเครียดทั้งพ่อแม่และลูกเนื่องจากไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะเหมาะสม (จรินทร์ บุญสุชาติ, 2556) ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตของผู้ปกครองหรือบุคคลใกล้ชิด ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการ การเรียน การดูแล การเจ็บป่วยและการรักษา โดยแสดงออกภาวะของความวิตกกังวล ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ตื่นตระหนก ตกใจต่อสถานการณ์ที่ไม่ชัดเจนและคาดว่าสถานการณ์นั้นจะก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2021)

จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่มาขอรับการปรึกษาและจากการประชุมผู้ปกครองในการจัดการเรียนร่วมของโรงเรียนในวันที่ 11 พฤษภาคม

2563 จำนวน 3 ท่าน พบว่า ผู้ปกครองที่ทราบผลการเรียนที่ได้ระดับต่ำรวมถึงการรายงานพฤติกรรมของบุตรหลานในชั้นเรียน ถอนหายใจบ่น แน่นหน้าอก ปวดศีรษะ กำมือแน่นมือสั่น กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ ยิ่งนึกถึงอนาคตของบุตรหลาน ยิ่งทำให้ท้อแท้ใจ หวาดหวั่นวิตกกังวล ไม่มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง รู้สึกเสียใจ เมื่อได้รับรายงานพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในชั้นเรียนจากครูและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นที่บ้านหรือใน ที่สาธารณะ กังวลเกี่ยวกับพัฒนาการไม่เป็นไปตามวัยเหมือนเด็กอื่นๆ กล่าวว่า บุตรหลานจะเรียนไม่ทันเพื่อน

Lader & Marks (1971) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความวิตกกังวลว่า พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไป เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกที่แตกต่างกันออกไปดังนี้ 1) การรับรู้ด้วยตนเอง (Subjective cognitive component) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้ได้ด้วยตนเอง เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่ใจซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กลัว กังวล ไม่สบายใจ ตื่นเต้นตกใจง่าย โกรธ หรือรู้สึกว่าจะมีบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้น และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนได้จึงอาจมีอารมณ์เศร้ามีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง 2) พฤติกรรมการแสดงออก (Motor behavioral component) สืบเนื่องจากการแสดงออก ซึ่งสะท้อนถึงอารมณ์ภายในออกมาหลายรูปแบบทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง

กำมือแน่น เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง พูดชวนทะเลาะ พูดเร็ว พูดเสียงดังหรือเบา พูดติดอ่าง พูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม บ่น จู้จี้ ไม่อดทน ขยับถูกตาไปมา หลบตาหรือพยายามหลบหนี สิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิและไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ 3) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological component) เป็นผลเนื่องมาจากการเร่งทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นประหม่นจากการเปลี่ยนแปลงของชีพจรหัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น แน่นหน้าอก ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ เป็นลม ถอนหายใจบ่น หายใจถี่และเร็ว หน้ามืดวิงเวียน หน้าแดงหรือซีด ท้องอืด ปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระบบขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ และประจำเดือนผิดปกติ ม่านตาขยาย และเหงื่อออก ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยเครื่องมือวัดทางสรีรวิทยาทั่วไป

การจัดการกับความวิตกกังวลเพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานใจที่เกิดจากความวิตกกังวลของผู้ปกครองนั้นมีหลากหลายวิธี การปรึกษากลุ่ม ถือเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่า สามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลได้ วิธีกรณนี้ช่วยให้ผู้ปกครองที่มีความวิตกกังวลค้นพบ รู้จักเข้าใจยอมรับและพัฒนาตนเอง โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา (Pongsopha, 2000) โดยมีผู้ให้บริการปรึกษาเอื้ออำนวยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่นสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนมีโอกาสแสดงความรู้สึกและความคิดเห็น ได้สำรวจตนเองยอมรับตนเองกล้าที่จะเผชิญปัญหา โดยใช้ความคิด

ในการแก้ปัญหาหรือปรับปรุงตนเองอีกทั้งได้ฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่นทำให้สามารถมองเห็นช่องทางการแก้ไขปัญหของตนเนื่องจากได้รับคำแนะนำหรือความคิดเห็นจากสมาชิกในกลุ่มภายใต้บรรยากาศแห่งการยอมรับและอบอุ่นมีการไว้วางใจกัน สอดคล้องกับ กัญญณณันท์ นันตะวงษ์ (2555) ที่นักเรียนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง หลังการทดลองมีคะแนนทักษะการจัดการกับอารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการจัดการกับอารมณ์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Rogers, 1967) เน้นเรื่องสัมพันธภาพในการปรึกษาระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษาเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในตัวผู้รับการปรึกษาที่มีความเชื่อว่ามนุษย์มีเหตุผล ถ้าเผชิญกับความจริง มีความเฉลียวฉลาดในการมีชีวิตอยู่ด้วยการปรับตัว น่าเชื่อถือและไว้วางใจ สามารถพัฒนาตนเองในทางที่ดีจนสุดความสามารถได้ โดยผู้รับการปรึกษามีอิสระที่จะระบายความไม่สบายใจและสามารถพิจารณาทำความเข้าใจตนเอง ยอมรับตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลง ขจัดหรือลดความทุกข์และความวิตกกังวล

ผู้วิจัยในฐานะครูการศึกษาพิเศษมีความสนใจที่จะนำการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคล

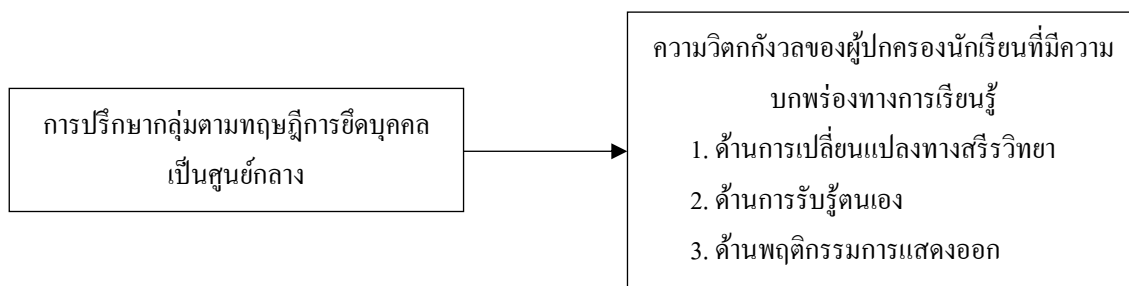
เป็นศูนย์กลางมาพัฒนาผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ให้มีความสามารถ โดยใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการลดความวิตกกังวลของตนเอง เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตมีความสุขและพัฒนาตนไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางกับกลุ่มควบคุมที่ได้การปรึกษาตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เชื่อว่าบุคคลมีคุณค่าในตนเอง รู้จักตนเอง มีศักยภาพ ความสามารถที่จะพัฒนาตนเอง มีความเฉลียวฉลาดในการมีชีวิตอยู่ด้วยการปรับตัวและพัฒนาตนเองให้เข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการปรับตัวเองในด้านความคิดความรู้สึกและพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลมีความตระหนักรู้ในตนเอง ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ด้านการรับรู้ตนเอง และด้านพฤติกรรม การแสดงออก จะช่วยลดความวิตกกังวลของบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ โดยเฉพาะสถานการณ์การดูแลบุตรหลานที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มทดลองหลังได้รับการศึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความวิตกกังวลลดลง

2. ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มทดลองหลังได้รับการศึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มควบคุมที่ได้รับการศึกษาตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi experimental designs) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (Two groups pretest-posttest design) ประชากร คือ ผู้ปกครองของนักเรียน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 จำนวน 39 คน ในปี

การศึกษา 2565 ภาคเรียนที่ 1/2565 และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของนักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของนักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่กำลังศึกษาที่โรงเรียนวัดอ่างแก้ว (จิบ ปานขำ) ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 6

2. มีคะแนนความวิตกกังวลเรียงลำดับค่าเฉลี่ยคะแนนในระดับมากที่สุด นับจากคนที่มีความวิตกกังวลมากที่สุดถึงลำดับที่ 16

3. สนใจและสามารถเข้าร่วมการให้การศึกษาได้ครบทุกครั้ง

ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random) ออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน (Corey et al., 2018) ขนาดของกลุ่มมีขนาดเหมาะสมในการให้การศึกษา สมาชิกได้รับความดูแลและเอาใจใส่อย่างทั่วถึงมีสมาชิกกลุ่มจำนวน 6 - 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา และลักษณะของครอบครัว ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ประกอบด้วย ข้อถามคำถามจำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามทางบวก 2 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 14 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา 3 ข้อ 2) ด้านการรับรู้ด้วยตนเอง 7 ข้อ และ 3) ด้านพฤติกรรม การแสดงออก 6 ข้อ เป็นแบบวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของ Likert มี 4 ระดับ คือ ความวิตกกังวลระดับปกติ ความวิตกกังวลระดับน้อย ความวิตกกังวลระดับปานกลาง และความวิตกกังวลระดับสูง (Wright & Masters, 1982; Wright & Stone, 1979) ในแบบวัดความวิตกกังวลมีรายละเอียดคะแนนดังนี้ 1.00 - 1.75 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับปกติ 1.76 - 2.50 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับน้อย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง และ 3.26 - 4.00 หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 และนำไปทดลองใช้

กับผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ 0.67

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง ผู้วิจัยสร้างมาจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และศึกษาการสร้างรูปแบบ ทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Theory) ของ Roger ทั้งในและต่างประเทศแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษาจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 นำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน แล้วปรับปรุงแก้ไข

ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการเข้าร่วมการปรึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ และสอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการปรึกษากลุ่มโดยทดลองสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง ช่วงเวลาที่ทำการนัดหมาย คือ วันอังคารเวลา 15.30 - 17.00 น. และวันอาทิตย์ เวลา 09.00 - 10.30 น. จัดกิจกรรมในการลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ จำนวน 12 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่

1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 - 4 ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตนเอง เพื่อให้ผู้ปกครองนักเรียนมีการรับรู้และเข้าใจตนเองยอมรับตนเองโดยปราศจากเงื่อนไขและเสริมสร้างพลังกายให้ตนเอง ด้วยการทำกิจกรรมกายบริหารด้วยผ้าขาวม้า แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่มว่าความวิตกกังวลที่ลักษณะอย่างไรบ้างที่ส่งผลออกมาทางด้านร่างกาย ครั้งที่ 5 - 8 ด้านการรับรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้มีสติรับรู้สถานการณ์ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นสามารถจัดการอารมณ์และการปรับเปลี่ยนความคิดในขณะที่เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ปรับเปลี่ยนมุมมองและอยู่กับเหตุการณ์ปัจจุบัน ครั้งที่ 9 - 12 ด้านพฤติกรรมการแสดงออก เพื่อให้ผู้ปกครองนักเรียนมีปฏิสัมพันธ์การแสดงออกทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางต่อบุตรหลานและบุคคลรอบข้างทางบวก สะท้อนให้เห็นพฤติกรรมของตนเองทั้งการพูดและภาษาท่าทาง ครั้งที่ 12 ยุติการปรึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา (BSRU-REC 010/65E07 - V.02) วันที่ 29 พฤษภาคม 2565 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับ สอบถามความสมัครใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีตอบแบบวัดความวิตกกังวลผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ และคัดเลือกผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่มีคะแนนความวิตกกังวลเรียงลำดับค่าเฉลี่ยคะแนนในระดับมากที่สุด นับจากคนที่มีความวิตกกังวลมากที่สุดถึงลำดับที่ 16 มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random) ออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน (Corey et al., 2018) โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสอบถามสมัครใจที่จะเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการวัดความวิตกกังวลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม แล้วให้การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในกลุ่มทดลองจำนวน 12 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ และทำแบบวัดความวิตกกังวลอีกครั้งเพื่อเป็นคะแนนหลังการทดลองการปรึกษากลุ่มผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้สิ้นสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าการทดสอบ Skewness, Kurtosis และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานแบบนัยพารามิเตอร์ (Non Parametric Statistics) Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ส่วนมากมีช่วงอายุ 40 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.50 ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 75.00 และการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 75.00 และมีลักษณะทางด้านครอบครัวเป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 62.50 ครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 37.50 ซึ่งข้อมูลมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม มีช่วงอายุ 40 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีรายได้ 5,000 - 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.00 การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ

50.00 และมีลักษณะทางด้านครอบครัวเป็นครอบครัวขยายครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 50.00 เท่ากัน

2. ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มทดลองก่อนและหลังการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ผลการวิเคราะห์การตรวจสอบการแจกแจงปกติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ปกครองก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่า Skewness ซึ่งมีค่ามากกว่า 2 จึงสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานแบบนันทารามิเตอร์ (Non Parametric Statistics)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 8) โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้				$\bar{x}$	S.D.	Z	p
1. ด้านการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยา	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		7.250	1.164	-2.533	.011*
		หลังการทดลอง		6.875	1.246		
2. ด้านการรับรู้ด้วยตัวเอง	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		17.125	1.959	-2.527	.012*
		หลังการทดลอง		15.500	1.772		
3. ด้านพฤติกรรมการ แสดงออก	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		16.250	1.908	-1.774	.076
		หลังการทดลอง		15.000	1.388		
ความวิตกกังวลโดยรวม	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		40.625	4.438	-2.384	.017*
		หลังการทดลอง		36.125	2.799		

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 หลังการทดลองการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีบุคคลเป็นศูนย์กลาง ค่าเฉลี่ย

คะแนนความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้โดยรวมลดลง ซึ่งก่อน

และหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีค่าสถิติ $p = .011^*$ และ 2) ด้านการรับรู้ด้วยตัวเอง มีค่าสถิติ $p = .012^*$ ส่วนด้านพฤติกรรมการแสดงออก มีค่าสถิติ $p = .076$ ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียน

ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปรึกษาตามปกติ

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม (n=16) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้		$\bar{x}$	S.D.	U	p
1. ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา	กลุ่มทดลอง	6.875	1.024	31.500	.956
	กลุ่มควบคุม	6.785	.834		
2. ด้านการรับรู้ด้วยตัวเอง	กลุ่มทดลอง	16.000	1.788	20.000	.192
	กลุ่มควบคุม	16.500	1.772		
3. ด้านพฤติกรรมการแสดงออก	กลุ่มทดลอง	14.500	1.673	17.000	.104
	กลุ่มควบคุม	15.250	1.669		
ความวิตกกังวลโดยรวม					
	กลุ่มทดลอง	37.375	3.324	17.500	.120
	กลุ่มควบคุม	38.625	3.502		

* $p < .05$

การอภิปรายผล

1. ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่อง

ทางการเรียนรู้ หลังการเข้าร่วมการปรึกษากลุ่ม มีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับการปรึกษากลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) ด้านการ

เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และด้านการรับรู้ด้วยตัวเอง โดยก่อนการทดลองความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน 40.63 หลังรับการศึกษากลุ่มตามทฤษฎียีนบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนน 36.13 แตกต่างจากก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัย ข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมการศึกษากลุ่มตามทฤษฎียีนบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ได้ โดยกระบวนการศึกษากลุ่มจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาที่เป็นสมาชิกได้สร้างสัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจกัน นำไปสู่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มสะท้อนตัวตนของตนเองและสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดความเข้าใจในตนเองมากขึ้น เห็นคุณค่า ศักยภาพและความสามารถของตนเอง ในการจัดการกับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้อย่างอิสระ จะช่วยลดความวิตกกังวลของบุคคลได้ (Roger, 1951) โดยเฉพาะการศึกษากลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้นั้น พบว่า สมาชิกกลุ่มต่างคนต่างเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เมื่อฟังปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ต่างก็มีวิธีการลดความวิตกกังวลของตนเองและแนะนำวิธีการกับเพื่อนสมาชิกนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับตนเอง มีพลังใจจากสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน คอยให้กำลังใจทำให้รู้สึกมีแรงจูงใจพร้อมที่จะพัฒนาตนเองไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตฟันฝ่าทุกเหตุการณ์

ที่เกิดขึ้นได้ในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับ เสาวนีย์ เตชะวัฒนาวงศ์ (2553) ที่กล่าวว่า ในการศึกษิตตามทฤษฎียีนบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นกระบวนการในการช่วยเหลือโดยให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายความรู้สึกและความคับข้องใจโดยผู้ให้การศึกษาให้ความช่วยเหลือซึ่งจะเน้นการพัฒนาบุคคลโดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเองและมองเห็นแนวทางในการช่วยเหลือตนเองได้มีความเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มขึ้นและพยายามพัฒนาตนเอง โดยนำหลักการปรัชญาพื้นฐาน (Roger, 1951) ในการพิจารณามนุษย์ของทฤษฎียีนบุคคลเป็นศูนย์กลางว่า มองมนุษย์ด้วยความรู้สึกที่ดีโดยมีความเชื่อว่ามนุษย์มีเหตุผลถ้าเผชิญกับความจริง มีความเฉลียวฉลาดในการมีชีวิตอยู่ด้วยการปรับตัว น่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ นอกจากนี้มนุษย์จะพัฒนาตนเองในทางที่ดีจนสุดความสามารถ และ Maisiak (1996) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการศึกษาตามทฤษฎียีนบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคไขข้อพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีสภาวะทางจิตใจเปลี่ยนแปลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสรุปแนวคิดนี้ได้ว่า บุคคลทุกคนมีคุณค่า รู้จักตนเอง มีศักยภาพความสามารถที่จะพัฒนาตนเองมีความเฉลียวฉลาดในการมีชีวิตอยู่ด้วยการปรับตัวและการพัฒนาตนเองในด้านความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่ดีส่งผลให้บุคคลมีความตระหนักรู้ตนเอง สามารถช่วยลดความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องได้

โดยเฉพาะสถานการณ์การดูแลบุตรหลานที่บกพร่องทางการเรียนรู้ จากการสังเกตสมาชิกกลุ่มขณะให้การให้การปรึกษา พบว่า การสร้างสัมพันธภาพในชั้นแรกสมาชิกมีความพร้อมที่จะร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเริ่มจากให้สมาชิกรู้จักตัวตนของตนเอง โดยให้เลือกดอกไม้ 1 ดอก “บอกเหตุผลของการเลือกดอกไม้ที่แสดงถึงตนเองในปัจจุบัน และอนาคต” ว่าปัจจุบันสมาชิกมีความคิดอย่างไรเกี่ยวกับบุตรหลานและอนาคตมีความคาดหวังและกังวลอะไรในตัวตนของตนเอง สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดในกลุ่ม เกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันระหว่างการปรึกษากลุ่ม มีแนวทางไปในทิศทางเดียวกันในส่วนที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอนาคตที่จะทำให้เกิดความวิตกกังวล 1) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา สมาชิกได้บอกความคิดเห็นของตนเองผ่านกระดาษโพสอิทแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม ทำให้แต่ละคนได้วิธีการปรับปรุงตัวเองในวิธีใหม่ ๆ เมื่อสมาชิกทราบถึงการเปลี่ยนแปลงด้านนี้ของตนเองแล้ว สมาชิกต้องยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวของตนเองจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากบุตรหลานที่เป็นนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ สมาชิกยอมรับตนเองโดยปราศจากเงื่อนไข จากที่สมาชิกได้เล่าถึงเหตุการณ์ “ตนเองนอนไม่หลับอยู่หลายคืนเนื่องจากลูกที่เรียนร่วมในชั้นเรียนปกติกับเพื่อนเรียนไม่ทัน และชอบเดินไปมาในบริเวณอาคารเรียนครูและเพื่อนตามหาทุกชั่วโมง ตัวเขาพาลูกพบหมอดตามปกติ แต่ลูกไม่ดีขึ้น เขาจึงคิดไปว่าต่อไปอนาคตลูกเขาจะอยู่อย่างไร” ส่วนใหญ่

สมาชิกมักนึกถึงเรื่องอนาคตของลูก ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การทำกายบริหารออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า และการกำหนดลมหายใจเข้าออก พร้อมกับการกดจุด ของร่างกาย จากการที่สมาชิกได้ทำร่วมกันทุกคนได้บอกวิธีการผ่อนคลายของตนเองให้เพื่อนสมาชิกได้นำกลับไปใช้ สมาชิกได้กล่าวว่า “ร่างกายของเขาผ่อนคลายลงเพราะความคิดจดจ่อที่ร่างกายของตนเอง ไม่ได้คิดเรื่องที่ยังมาไม่ถึง” 2) ด้านการรับรู้ด้วยตัวเอง สมาชิกในกลุ่ม ได้ใช้สติในการควบคุมตนเองจากสถานการณ์ที่เกิดความวิตกกังวลขึ้น และแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ด้วยตนเอง ซึ่งมีความคิดเห็นของกลุ่มคอยสนับสนุน ผู้วิจัยใช้คำถาม “ท่านคิดว่าตนเองมีวิธีที่จะมีสติในการรับรู้ด้วยตนเองเมื่อมีเหตุการณ์มาทำให้ความรู้สึกหวาดหวั่น ตึงเครียดและกลัว ตกใจง่าย หงุดหงิด โกรธ กระสับกระส่าย โสกเศร้าเสียใจ ร้องไห้ง่าย เหนื่อยง่าย ขุ่นเคือง ท้อแท้ใจ อย่างไรบ้าง” สมาชิกได้ทบทวนตนเองจากข้อคำถาม บางคนยอมรับว่าเศร้า เสียใจ ร้องไห้ สมาชิกบางคนรู้ว่าตัวเองหงุดหงิดแต่ควบคุมอาการของตนเองไม่ได้ บางคนท้อแท้ใจบ่อยครั้ง ซึ่งสมาชิกรู้ว่าตนเองมีอาการจากข้อคำถาม แต่สติในการยอมรับเรื่องราวที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น ผู้วิจัยจึงให้สมาชิกเล่าถึงเหตุการณ์ของบุตรหลานที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ จนครบทุกคน ประเด็นที่คล้ายคลึงกัน คือ ปัญหาด้านการเรียน การอยู่ร่วมกับเพื่อน พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และอนาคตของบุตรหลาน หลังจากที่ผู้วิจัยได้นำคลิปวิดีโอ บทบาทของผู้ปกครอง แรงบันดาลใจจากเด็ก

พิเศษผู้ปกครอง สมาชิกแต่ละคนเขียนวิธีการแก้ปัญหาของตนเองลงบนกระดาษ โดยสมาชิกพบได้ว่าความคิดความรู้สึกเป็นไปในทิศทางเดียวกัน “มีความเข้าใจที่ตัวบุตรหลานที่มีความต้องการพิเศษ และบทบาทหน้าที่ของตนเองในการเป็นผู้ปกครองและยอมรับพร้อมที่จะเผชิญสิ่งที่จะเกิดขึ้น” 3) ด้านพฤติกรรมกรรมการแสดงออกด้านคำพูดและท่าทางที่แสดงออกเมื่อตนเองเกิดความวิตกกังวล “มักจะพูดจาชวนทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัว พูดซ้ำในเรื่องเดิม ๆ จีบ้น จู้จุกจิกในทุกเรื่อง พูดจากระทบกระทั่งใส่สมาชิกในครอบครัว กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่งหน้าตาเขียวมวด กำมือแน่น” หลังจากสมาชิกได้ดูวิดีโอ เรื่อง กระเจกสะทอนพฤติกรรม ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับสมาชิกให้เห็นว่า “ไม่ว่าจะเป็นคนที่มีความบกพร่องหรือคนปกติ ก็ล้วนมีข้อดีและข้อด้อยของตน” ในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ก็เช่นกัน ถึงบุตรหลานของท่านจะมีข้อบกพร่อง แต่ยังมีสิ่งที่น่าสนใจที่ท่านสามารถพัฒนาให้บุตรหลานดีขึ้นได้ซึ่งแสดงบทบาทของสมาชิกในการพัฒนาบุตรหลานที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ สมาชิกสะท้อนตัวตนของตนเองจากพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมที่ส่งผลกับคนรอบข้าง โดยสมาชิกทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงสถานการณ์นั้นที่ทำให้แสดงพฤติกรรมนั้นออกไป โดยให้กำหนดลมหายใจเข้าออกพร้อมกับการนับเลข นับเป็นจังหวะ 1, 2, 3, 4, 5, 6 ทำซ้ำเป็นประจำ มีการสื่อสารให้เหมาะสมกับบุตรหลาน สื่อสารอย่างไรให้ผู้ฟัง จากการกำหนดสถานการณ์ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เหตุการณ์: บุตร

หลานอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ปกครองสอนให้บุตรหลานอ่านหนังสือ แต่หลานทำไม่ได้ สมาชิกใช้การสื่อสาร “หนูลองฝึกอ่านอีกครั้ง แม่เป็นกำลังใจให้ วันนี้ไม่ได้ ค่อยๆฝึกนะ” จะเห็นได้ว่า การปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีจิตบุคคลเป็นศูนย์กลางในการลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ทั้ง 3 ด้าน สอดคล้องกับ จรินทร์ บุญสุชาติ (2556) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ปกครอง บุคคลออกทดสอบก่อนการปรึกษาและหลังการปรึกษาแบบรายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีการปรึกษาแบบ Rogers ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองบุคคลออกทดสอบมีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวทฤษฎี Rogers อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

2) ความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการปรึกษากลุ่ม พบว่า หลังการทดลองความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายที่ประกอบไปด้วย ปู่ ย่า หรือตา ยาย และเด็กบกพร่องทางการเรียนรู้ ระดับการศึกษาระดับมัธยมต้น และรายได้ใกล้เคียงกัน ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท แต่กลุ่มทดลองผู้ปกครองมีอายุมากกว่า 50 ปี และเป็นผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กบกพร่องทางการเรียนรู้แทนบิดามารดาของเด็ก ซึ่งไปทำงานที่อื่นไม่ได้กลับมาอยู่ในครอบครัวทุกวัน ทำให้ผู้ปกครองจะมีความรู้สึกวิตกกังวลในหลายเรื่อง โดยเฉพาะกลัวว่าจะเลี้ยงบุตรหลานได้

ไม่ดี ตามความคาดหวังของบิดามารดาของเด็ก นอกจากนี้บิดามารดาของเด็กจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรน้อยกว่าปู่ ย่า ตา ยาย จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย จึงมีความกดดันสูงกว่าบิดามารดาเด็ก รวมทั้งความยุ่งยากในการตัดสินใจต่างๆที่เกี่ยวกับข้อกับปัญหาของเด็ก เช่น การไปพบแพทย์ บุตรหลานมีปัญหากับเด็กคนอื่น เมื่อโทรหาบิดามารดาของบุตรหลานกลับไม่ใส่ใจในการร่วมตัดสินใจ จึงทำให้ความวิตกกังวลเกิดการเปลี่ยนแปลงน้อย แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้ปกครองมีอายุน้อยอยู่ในช่วง 40 - 50 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงานและต้องแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่า และมีความคล่องตัวเปิดใจรับข้อมูลการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่าวัยสูงอายุ ทำให้การปรับตัวดีกว่ารวมถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Al-Yagon (2015) ที่ได้ทำการศึกษาร่วมกันเปรียบเทียบสถานะทางอารมณ์และการเผชิญปัญหาของผู้ปกครองสองกลุ่มของเด็กอายุ 8 - 12 ปี ซึ่งเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กับเด็กที่มีพัฒนาการปกติ พบว่าสถานะทางอารมณ์ของมารดาและบิดาของเด็ก มีความวิตกกังวลแตกต่างจากการเผชิญปัญหาของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ($n = 410$) ประกอบด้วย 107 คู่ ที่มีลูก LD และ 98 คู่ ที่มีลูกการพัฒนากปกติ แตกต่างของกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญและด้านเพศแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ซึ่งมากกว่านั้นในกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ผู้ปกครองมีส่วนในการรับมือสภาพปัญหาของเด็กมากกว่าส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

นักเรียน พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลโดยรวมของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง ($\text{mean} = 37.38$) ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 38.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อุษาวิดี เรืองนิ่ม และ กาญจนา ไชยพันธุ์ (2558) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของ Rogers ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองก่อน และ หลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ได้เข้าร่วมการให้การศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของ Rogers หลังการทดลองมีอัตมโนทัศน์ (Self-concept) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งอัตมโนทัศน์ จะช่วยทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง และความเข้าใจตนเองสูงขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการลดความวิตกกังวลได้เร็วขึ้น จะเห็นได้จากการสังเกตกระบวนการกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มได้นำแนวคิด วิชิตและวิธีการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม มาปรับแก้ไขปัญหของตนเองเพื่อลดความวิตกกังวลด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ ยอมรับตนเองและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ที่สนใจนำการศึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีจิตบุคคลเป็นศูนย์กลางนี้ไปใช้ ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจตลอดจนมีทักษะในการปรึกษากลุ่มเป็นอย่างดีและก่อนนำไปใช้ควรมีการทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม
2. การปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีจิต

บุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ในสถานศึกษาต่าง ๆ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีติดตามผลการรักษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียีนบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ 3 เดือน 6 เดือน เพื่อความคงอยู่ของวิตกกังวล

2. ควรมีการศึกษาและทดลองการรักษารูปแบบกลุ่มตามทฤษฎียีนบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องประเภทอื่น ๆ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัย สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้การสนับสนุนด้านฐานข้อมูลการวิจัยและขอขอบพระคุณโรงเรียนวัดอ่างแก้ว (จิบ ปานงา) ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กัญญ์ณวัณ นันตะวงษ์. (2555). ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวทฤษฎียีนบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ของนักเรียน. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(3), 1-8.
- จรินทร์ บุญสุชาติ. (2556). การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวทฤษฎีโรเจอร์สเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองบุคคลออทิสติก. *วารสารศึกษาศาสตร์ฉบับวิจัยบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(2), 23-30.
- วิศักดิ์ สิริรัตนธะ. (2561). *คู่มือการดูแลสุขภาพจิตเด็ก: กลุ่มปัญหาการเรียนรู้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พรอสเพอริตีส์.
- สุมิตรา โรจนินดี, บุญมัน ธนาสุกวัฒน์, และ นิตยา สุวรรณศรี. (2565). การจัดการเรียนรู้ในโรงเรียนสำหรับเด็กแอลดี. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 12(2), 260-275.
- เสาวนีย์ เตชะวัฒนวงศ์. (2553). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียีนบุคคลเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ* [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉราพรรณ ปันบุตร. (3 มกราคม 2565). *สถานการณ์คนพิการ*. <https://dep.go.th/law-academic/knowledge-base/disabled-personsituation>.
- อุยวดี เรืองน้อม และกาญจนา ไชยพันธุ์. (2558). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของโรเจอร์สเพื่อพัฒนาอัตมโนทัศน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 50 จังหวัดขอนแก่น*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Al-Yagon, M. (2015). Learning disability quarterly. *Hammill Institute on Disabilities Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions*. 38(2).
- Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. (2018). *Group process and practice*. (10th ed.). Cengage Learning.
- Cortiella, Candace, Horowitz, & Sheldon, H. (2014). *The state of learning disabilities: Facts, trends and emerging issues*. The National Center for Learning Disabilities.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand. (14 September 2021). *Report of suicide epidemiology*. <https://dmh.go.th/report/suicide/>.

- Kaplan HI, Sadock BJ, & Ruitz P. (2015). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. (11th ed.). Wolters & Kluwer.
- Lader, & Marks. (1971). *Clinical anxiety*. Grune and Stratton. Inc.
- Maisiak, R. (1996). The Effect of Person-Centered counseling on the psychological status of persons with Systemic Lupus Erythematosus or Rheumatoid Arthritis: A randomized, controlled trial. *Arthritis Care & Research*, 9(1), 60–66.
- Piyasil, V., & Wangtan, S. (2015). Learning disorders and comorbidity. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 60(4), 287-296.
- Pongsopha, P. (2000). Educational psychology. Educational Development.
- Rogers, C. (1951). *Client – Centered Therapy*. Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C.R. (1967). *Psychotherapy and personality change*. University Press.
- Roongpraiwan, R., Ruangdaraganon, N., Visudhiphan, P., & Santikul, K. (2002). Prevalence and clinical characteristics of dyslexia in primary school students. [Special section], *Journal of the Medical Association of Thailand*, 85(4), 1097-103.
- Wright, B. D., & Masters, G. N. (1982). *Rating scale analysis*. MESA Press.
- Wright, B. D., & Stone, M. H. (1979). *Best test design: Rasch measurement*. Mesa Press.

RELATIONSHIPS BETWEEN CARE BURDEN, COPING BEHAVIORS, HEALTH STATUS, AND DEPRESSION OF FAMILY CAREGIVERS OF BEDRIDDEN PATIENTS*

Panyakarn Piromkit, B.N.S. **, Darunee Rujkorakarn, Ed.D. ***

Abstract

Objective: This research examined the relationships between care burden, coping behavior, health status and depression among caregivers of bedridden patients.

Methods: The sample consisted of 270 caregivers of bedridden patients in a northeastern province of Thailand. Data were collected using a personal information questionnaire, the Jalowiec Stress Coping Scale, Zarit Burden Interview (ZBI), Caregiver Depression assessment (HRSR-Scale), and Short Form Health Survey (SF-12). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients.

Results: The relationship between depression and coping behavior was negative and of low value ($r = -.27$, $p < .01$). The relationship between depression and care burden was positive and high ($r = .64$, $p < .01$). The relationship between depression and health status was negative and moderate ($r = -.57$, $p < .01$).

Conclusion: The results of this study support Pearlin's concept of stress processes and may be used in promoting, preventing, and reducing depression in caregivers of bedridden patients.

Keywords: depression, caregiver, burden, coping behavior, health status

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

**Student, Master of Nursing Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

***Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, e-mail: darunee.r@msu.ac.th

Received: 24 May 2023, Revised: 11 July 2023, Accepted: 18 July 2023

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง*

ปัญญากาญจน์ ภิรมย์กิจ, พย.บ.**, ครุณี รุจกรกานต์, Ed.D.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 270 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก แบบประเมินภาระในการดูแล (ZBI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (HRSR-Scale) และแบบประเมิน Short Form Health Survey (SF-12) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา : ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.27, p < .01$) ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า ($r = .64, p < .01$) และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.57, p < .01$)

สรุป : ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดกระบวนการความเครียดของ Pearlin เพื่อการทำความเข้าใจการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแล, ภาระในการดูแล, พฤติกรรมการเผชิญปัญหา, ภาวะสุขภาพ

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, e-mail: darunee.r@msu.ac.th

วันที่รับ: 24 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 11 กรกฎาคม 2566, วันที่ตอบรับ: 18 กรกฎาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ผู้ป่วยจิตตติเยง เป็นประเด็นสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย จากสถิติในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตตติเยงสะสม จำนวน 508,257 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งผู้ป่วยจิตตติเยงเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ และมีข้อจำกัดในความสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ พบความต้องการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (Tantirat et al., 2020) ตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ลดลง ซึ่งมาจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลถึงความต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Handicap International, 2015) รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเมะเร็งระยะสุดท้าย โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ (Aysun & Nesrin, 2019) ซึ่งส่วนมากมีการดูแลที่ย่งยาก ซับซ้อนและต้องใช้เวชภัณฑ์อุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมด้วย และอาจจำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมโดยตรง ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ในกรณีที่ไม่สามารถจ้างผู้ดูแลได้ สมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส ลูกหลาน หรือญาติต้องรับหน้าที่ผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เสียโอกาสในการประกอบอาชีพของผู้ดูแล ศรีเรือน ดิพูน (2562) ศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน พบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายละ 16,000 บาท/เดือน ดังนั้น จากสถานการณ์การ

เพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยจิตตติเยงส่งผลต่อการเกิดกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตติเยงทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพิ่มขึ้น ให้เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตตติเยงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สังคมไทย โดยเฉพาะสังคมในครอบครัวชนบทหรือครอบครัวที่มีรายได้น้อย ผู้ให้การดูแลมักจะเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยจิตตติเยง ซึ่งเรียกว่าผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยด้วยสัมพันธภาพและความผูกพันทางครอบครัว ไม่ได้รับค่าตอบแทน และอาจไม่เคยได้รับการอบรมดูแลผู้ป่วยจิตตติเยง (กิริติ กิจธีระวุฒินันท์ และ นิทรา กิจธีระวุฒินันท์, 2561) จากวัฒนธรรมไทยที่มีมาทำให้เกิดการช่วยเหลือดูแลญาติหรือบุคคลในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยหรือพิการจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะในชนบทมักจะมีการดูแลผู้ป่วยจิตตติเยงโดยผู้ดูแลจำเป็นหรือผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เพราะครอบครัวมีฐานะยากจน รายได้ไม่เพียงพอที่จะจ้างผู้ดูแลแบบทางการได้ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) ประกอบกับปัจจุบันจำนวนผู้ดูแลแบบเป็นทางการหรือที่ได้รับการอบรมยังมีจำนวนน้อยกว่าความต้องการ การที่สมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตติเยง โดยอาจต้องลาออกจากงานที่ทำอยู่รับหน้าที่ที่ไม่คุ้นเคยและอาจไม่ได้รับการอบรมหรือคำแนะนำอย่างเพียงพอ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม สาธารณรัฐ

มอลตา พบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 46.7 (Muscat & Scerri, 2018) ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเหนื่อยล้าสะสม อ่อนเพลีย และปัญหาทางการเงิน (Ugur & Erci, 2019) แต่ผู้ดูแลยังก่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้วยความรู้สึกรักและความผูกพันต่อผู้ป่วย ดังนั้น การที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก จึงอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงภาระที่ตนเองอาจจะมีพร้อมหรือไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยติดเตียง ย่อมส่งผลต่อสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ภาระในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นความรู้สึกที่เป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (Zarit et al., 1986) ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานะเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไป อารมณ์ที่อาจทำให้เกิดความเครียด ความยากลำบาก ความมีอิสระลดลง และกระทบความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะปัญหาที่เผชิญในแต่ละวันของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่วนมากพบว่าเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองเดือนเป็นต้นไป (อมรา ชูพลศักดิ์ และคณะ, 2561) ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 (Kazemi et al., 2021) และจากการศึกษาในประเทศของศิรินทิพย์ นิมิตร ภูวดล (2565) พบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .626, p < .001$) นับได้ว่าภาระในการดูแลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวและพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมของผู้ดูแล

ลาซาเลซและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไว้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งภายนอกมาคุกคามเกินความสามารถที่ตนเองจะรับได้ แต่ละบุคคลจะมีความพยายามรักษาภาวะสมดุลของจิตใจโดยการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อจัดการกับปัญหาที่รบกวนและสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ให้คงอยู่อย่างปกติ ในต่างประเทศมีการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ พบว่าพฤติกรรมการเผชิญที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (Hilgeman et al., 2009) ซึ่งมีการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.369, p < 0.01$) (Muscat & Scerri, 2018) และในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าด้วยเช่นกัน (Kazemi et al., 2021) โดยผู้ดูแลเลือกใช้การเผชิญปัญหาด้วยมุมมองบวกต่อเหตุการณ์ ดังนั้น พฤติกรรมการเผชิญปัญหาจึงมีความสัมพันธ์ต่อการรับมือด้านสุขภาพจิตในตัวผู้ดูแล ซึ่งอาจเป็นความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญปัญหา

ผลลัพธ์ที่อาจจะตามมาจากความสำเร็จหรือล้มเหลวของการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลย่อมกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ คือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใสสามารถดำรงชีวิตตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Denyes et al., 2001; Pender et al., 2011) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอย ประกอบกับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลเชื่อมโยงกับสุขภาพจิต โดยจะเน้นเฉพาะไปที่ภาวะซึมเศร้าที่พบมากในกลุ่มผู้ดูแล (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ, 2564) การที่ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (กัญนิกา อยู่สำราญ และคณะ, 2565) การศึกษาภาวะสุขภาพทางกายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของฉัชศพา หลงผาสุข และคณะ (2561) พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 88.46 มีสุขภาพทางกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงหลังเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล อาการส่วนใหญ่ที่พบคือ เหนื่อย เมื่อยล้า และอ่อนเพลีย เป็นต้น โดยมีการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของคอร์มิโอและคณะ (Cormio et al., 2014) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = -.577, p = .000$) คล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ($r = -.315, p < 0.05$) (Muscat & Scerri,

2018) จากผลการวิจัยดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยในทางจิตใจแสดงออกในลักษณะของความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

เมื่อได้ศึกษาถึงสิ่งที่เป็ผลตามมาจากกาดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้น กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลเมื่อดูแลไประยะหนึ่งจะรับรู้ถึงการดูแลซึ่งส่งผลให้การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะเมื่อเกิดผลในทางลบต่อสุขภาพกายและจิต ที่มีแนวโน้มเกิดความเครียดและจะตามด้วยภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคจำนวนมาก แต่ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งเกิดจากสาเหตุของโรคหรือความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันยังมีจำกัด ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงชุมชนและสังคม ในขณะที่สถานการณ์สังคมไทยที่มีผู้สูงอายุและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังติดเตียงจำนวนมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (อมรา ขุพลศักดิ์ และคณะ, 2561) ซึ่งความรู้นี้จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลให้สามารถเผชิญภาระการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการ

ดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระ ในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะ สุขภาพ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความ สัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติด เทียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ มาจากรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย มี ลักษณะเป็นพลวัตรที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันและกันขององค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยเกี่ยวกับบริบท เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัวหรือสังคม ที่อยู่อาศัย และ ระยะเวลาในการดูแล เป็นต้น 2) สิ่งที่เกิดจากความเครียด เช่น ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

กิจกรรมในการช่วยเหลือผู้ป่วยรายวัน ระดับความ รุนแรงของโรคผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ความตึงเครียดในบทบาทหน้าที่ และความตึงเครียด ภายในจิตใจ 3) ตัวแปรคั่นกลางของความเครียด ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา และการสนับสนุน ทางสังคม และ 4) ผลลัพธ์หรือการแสดงออกของ ความเครียด เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และ คุณภาพชีวิต เป็นต้น ซึ่งองค์ประกอบทั้งสี่ด้านนี้จะ สัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันอย่างต่อเนื่องและเป็น พลวัตร ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่

ภาระในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของ ผู้ดูแลเกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม และสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบจาก การดูแลผู้ป่วย (Zarit et al., 1986) โดยผู้ดูแลจะเกิด ความรู้สึกเป็นภาระแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จาก การศึกษาของชนาธิธิ์ วิจิตรพันธ์ (2559) พบว่า ผู้ดูแลจะเริ่มเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การ ดูแลผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนแรกถึง 5 ปี อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงต้องการ การดูแลกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลส่งผลต่อ ความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ขาดความสนใจในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และพบว่าผู้ดูแล ขาดความใส่ใจหรือความเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย ตามมา ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Watchara et al., 2022) โดยมีปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลต่อภาวะ ซึมเศร้าในผู้ดูแล ได้แก่ สุขภาพทางด้านร่างกาย หรือโรคประจำตัว ความต้องการในการมีผู้ช่วย

ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (Rajovic et al., 2021)

พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ตามแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) หมายถึงการที่ผู้ดูแลใช้กระบวนการคิด การรับรู้ระดับปัญหาและอุปสรรค ในการหาเหตุผลที่เหมาะสม เพื่อจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก มุ่งมั่นในการแก้ไขอุปสรรคของตนเอง จากเหตุการณ์ความเครียดหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้กลับคืนสู่ภาวะสมดุล ซึ่งจาโลวีก (Jalowicz, 1988) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด โดยแบ่งกลวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 ด้าน เพื่อให้ครอบคลุมกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโดยเฉพาะ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping)

ภาวะสุขภาพ หมายถึงการมีร่างกายที่สมบูรณ์ จิตใจแจ่มใส สามารถดำรงชีวิตตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง (Denyes et al., 2001; Pender et al., 2011) สุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นมักพบอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย การมีโรคประจำตัว การนอนหลับพักผ่อนที่น้อยต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานส่งผลต่อระบบสุขภาพตามมา บางกรณีพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นกลุ่มผู้ดูแลวัยสูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมในระบบร่างกาย เช่น สายตาการมองเห็น การได้ยินไม่ชัดเจน ระบบขับถ่ายเสื่อมถอย การเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย (Handicap

International, 2015) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอย ประกอบกับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ส่งผลเชื่อมโยงกับสุขภาพจิต

ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายที่ดี ไม่มีโรคประจำตัว หรือไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง อาจส่งผลต่อการมีสภาพจิตใจที่ดีเป็นพื้นฐานเบื้องต้นต่อการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่ดีหรือมีประสิทธิภาพก็อาจจะทำให้ความรู้สึกดีที่เครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยลดลง โดยมองอุปสรรคที่เกิดขึ้นด้วยการปรับเปลี่ยนมุมมองหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการปรับสมดุลภายในจิตใจต่อความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือภาระในการดูแล โดยผู้ดูแลแต่ละบุคคลย่อมมีวิธีการที่แตกต่างกันออกไป กรอบแนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา และภาระในการดูแล อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1

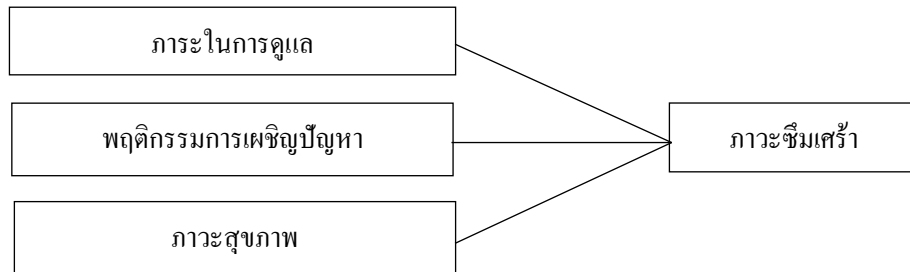
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 829 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีค่าคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน จำนวน 270 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนและยังคงดูแลต่อเนื่องขณะดำเนินการวิจัยนี้ 2) ฟังและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ซึ่งมีขั้นตอน คือ จับฉลากตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจากทั้งหมด 16 อำเภอ มาเป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 อำเภอ แล้วจับฉลากสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 270 คน จากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แต่ละอำเภอตามสัดส่วนที่กำหนดได้ จนได้จำนวนครบตามที่ต้องการ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างถูกคัดออก ผู้วิจัยจะจับฉลากรายชื่อที่เหลือให้ได้ตามจำนวนที่ถูกต้อง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร่ ยามานะ (Yamane, 1973) ประชากรที่ต้องการศึกษามีทั้งหมด

829 คน (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ .05 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน และผู้วิจัยไม่ได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยจะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เหลือทดแทนจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน โรคประจำตัว สภาพเศรษฐกิจ ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ

สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) มีข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) จำนวน 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) จำนวน 9 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม (palliative coping) จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยใช้วิธีนั้น) ถึง 5 (ใช้วิธีนั้นทุกครั้ง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 36 - 180 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดี และแบ่งเป็นคะแนนสัมพัทธ์รายด้านซึ่งบ่งบอกถึง สัดส่วนการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแต่ละด้าน โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.01 - 1.00 คะแนนสัมพัทธ์ของด้านใดมากกว่าแสดงว่ามีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านนั้นมากกว่า จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .93 และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview) พัฒนาโดยซาริต (Zarit, 1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนัญชิตาคุชฎี ทุลศิริ และคณะ (2554) มีข้อคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคยเลย) ถึง 4 (ประจำ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 88 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ภาระในการดูแลมาก

และแบ่งภาระในการดูแลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาระ (0 - 20 คะแนน) น้อยถึงปานกลาง (21 - 40 คะแนน) ปานกลางถึงมาก (41 - 60 คะแนน) และมาก (61 - 88 คะแนน) จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .94 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .88

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (Health-Related Self-Reported Scale: HRSR) พัฒนาโดยกसानติกุล และคณะ (Kasantikul et al., 1997) มีข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 17 ข้อ และด้านบวก 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคยเลย) ถึง 3 (บ่อยๆ) และมีการกลับคะแนนในข้อความหมายทางบวก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก และคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .82 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .75

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Short Form Health Survey: SF-12) พัฒนาโดย องค์การ Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Ware et al., 1996) แปลเป็นภาษาไทยโดยวิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) มีข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 3 ระดับ จำนวน 2 ข้อ ตั้งแต่ 1 (มากที่สุด) ถึง 3 (ไม่เคยเลย) และ 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ตั้งแต่ 1 (ตลอดเวลา) ถึง 5 (ไม่เคยเลย) คะแนนรวมอยู่

ระหว่าง 12 - 56 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี และคะแนนรวมเมื่อแปลงค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 50 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะสุขภาพที่ดี จากการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่น .91 และจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับ การ อนุ มัติ จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสาธารณสุขจังหวัด หลังจากนั้นผู้วิจัยพบสาธารณสุขอำเภอทั้ง 5 อำเภอ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข สถานที่เก็บข้อมูลคือบ้านของกลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคลมีพื้นที่ความเป็นส่วนตัว โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บ สติ ในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หลังจากได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามทั้งหมด โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2565 เมื่อเก็บข้อมูลครบแล้วผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามทั้งหมดมา

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทุกขั้นตอน โดยคำนึงถึงหลักคุณธรรม และจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งได้รับการอนุมัติจริยธรรมเลขที่ 155-075/2565 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ การตอบรับ และปฏิเสธ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอม การเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการสุขภาพ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation analysis) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.6 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย คือ 55.2 ปี (SD = 11.9) สถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ยส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.7 ลักษณะการอยู่อาศัย อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน คิดเป็นร้อยละ 38.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ย ร้อยละ 64.1 เป็นบุตร ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6 เดือน-1 ปี ร้อยละ 52.2 (SD = 2.3) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 14.1 ชั่วโมง (SD = 4.1) และได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ร้อยละ 15.2 เป็นบุคคลในครอบครัวหรือหน่วยบริการสาธารณสุข ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยคิดเฉลี่ย พบว่า ผู้ป่วยคิดเฉลี่ยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.6 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.7 อายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุ คือ 74.8 ปี (SD = 17.0) เป็นหม้ายร้อยละ 51.5 ความเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นทำให้ผู้ป่วยคิดเฉลี่ยพบโรคทางกาย ร้อยละ 67.8 รองลงมาสุขภาพ ร้อยละ 23.7 และโรคทางจิต ร้อยละ 6.7

2. ภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-51 คะแนน (M = 27.41, SD = 10.28) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง พฤติกรรมการเผชิญ

ปัญหา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 94 - 140 คะแนน (M = 118.05, SD = 10.29) มีสัดส่วนคะแนนสัมพัทธ์รายด้านที่สูงสุดคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ภาวะสุขภาพ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 38-79 คะแนน (M = 63.94, SD = 7.95) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงหรือมีภาวะสุขภาพดี ภาวะซึมเศร้า มีคะแนนอยู่ระหว่าง 2 - 27 คะแนน (M = 10.81, SD = 4.69) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ กับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยคิดเฉลี่ย

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าพฤติกรรม การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$) ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .01$) และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.57, p < .01$) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแล อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (M = 27.41,

ตารางที่ 1 ระดับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ระดับภาระในการดูแล ระดับภาวะสุขภาพ และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยรวม (n = 270)

ตัวแปร	Range		Mean	SD	ระดับ
	Possible	Actual			
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวม	36 - 180	94 - 140	118.05	10.29	-
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13 - 65	26 - 60	42.76	6.38	
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9 - 45	11 - 36	23.28	3.69	
ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม	14 - 70	38 - 64	52.01	4.19	
ภาระในการดูแล	0 - 88	9 - 51	27.41	10.28	น้อยถึงปานกลาง
ภาวะสุขภาพ	0 - 100	38 - 79	63.94	7.95	สูง
ภาวะซึมเศร้า	0 - 60	2 - 27	10.81	4.69	ต่ำ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (n = 270)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. พฤติกรรมการเผชิญปัญหา	1.00			
2. ภาระในการดูแล	-.27**	1.00		
3. ภาวะสุขภาพ	.18**	-.46**	1.00	
4. ภาวะซึมเศร้า	-.27**	.64**	-.57**	1.00

**p < .01

SD = 10.28) สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ นิमितภูวดล (2565) พบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย (M = 29.64, SD = 12.20) พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดี (M = 118.05, SD = 10.29) โดยมีสัดส่วนคะแนนสัมพัทธ์รายด้านที่สูงที่สุดคือ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของมัสกัต และเชอร์รี่

(Muscat & Scerri, 2018) พบว่ามีระดับการเผชิญปัญหาที่ดีและผู้ดูแลใช้การจัดการปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีการปรับตัวระหว่างได้รับบทบาทหน้าที่ ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (M = 63.94, SD = 7.95) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่พบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกระทบต่อความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายของ

ผู้ดูแล (ฉันทพา หลงผาสุข และคณะ, 2561; สุริยา ฟองเกิด และคณะ, 2562) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.7) อยู่ในวัยทำงานที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ มีพื้นฐานสุขภาพที่ดี และภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($M = 10.81$, $SD = 4.69$) อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ ที่ดีอาจส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลที่ลดลง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากปัจจัยพื้นฐาน สิ่งกระตุ้น และตัวแปรกั้นกลาง เป็นลักษณะพลวัตรและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลกับภาวะซึมเศร้า อภิปรายผลได้ว่าลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (ร้อยละ 72.6) ที่มีโรคประจำตัว บางรายมีโรคร่วมไม่ต่ำกว่าสองโรค โรคทางกายที่พบเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดสมอง มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล โดยเฉพาะด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระบบกล้ามเนื้อและระบบทางเดินหายใจเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2558) ผู้ดูแลใช้ระยะเวลาเฉลี่ยต่อวันมากถึง 14 ชั่วโมงและระยะเวลาในการดูแลต่อเนื่องเฉลี่ยอยู่ที่ 2 ปี พร้อมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 40.4) อายุเฉลี่ย 55.2 ปี จากอายุของผู้ดูแลเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุบางรายอาจมีสภาพร่างกายที่เริ่มถดถอย และ

ยังคงประกอบอาชีพหรือทำงานอยู่ (ร้อยละ 70) ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาที่มีการรับรู้ภาระในการดูแลอยู่ที่ระดับน้อยถึงปานกลาง ($M = 27.4$) ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากที่สุดในการซื้อค่าถามคือ รู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย และรองลงมาคือ รู้สึกว่าสุขภาพไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย ภาระในการทำหน้าที่ดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเอง การพักผ่อนลดลง มีการศึกษาในประเทศตุรกี ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง ส่วนมากผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่สองปีขึ้นไป (Aysun & Nesrin, 2019) และสนับสนุนแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) กล่าวคือภาระในการดูแลเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าตามมา เมื่อผู้ดูแลมีระดับภาระในการดูแลที่น้อยจึงส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลงน้อยลงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, p < .01$) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่าใด ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะมีภาวะซึมเศร้าระหว่างการดูแลที่มากขึ้นตามมาด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาของปัทมธรรส และคณะ (Phannarus et al., 2017) พบว่ามีปัจจัยที่กระทบต่อความรู้สึกเป็นภาระ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยคือ เรื่องระยะเวลาการ

ดูแล และบทบาทหน้าที่หรือกิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างดูแล ทำให้มีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จากการใช้ระยะเวลายาวนานและใช้พลังงานอย่างต่อเนื่อง (ชาลินี สุวรรณยศ และ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2561) รวมทั้งการศึกษาระยะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628, p < .05$) (อมรา ชูพลสัถย์ และคณะ, 2561) และการศึกษาของศิรินทิพย์ นิमितภูวค และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบระดับภาระในการดูแลอยู่ในระดับน้อย โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = .626, p < .001$) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยต่อวัน 8 ชั่วโมง ($r = .378, p < .001$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ($r = -.603, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ได้แก่ กิจกรรมการดูแลที่ย่างยากซับซ้อน เฉพาะโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระในการดูแล เมื่อผู้ดูแลเผชิญต่อความรู้สึกและบทบาทหน้าที่ในการดูแลเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ทั้งต่อตนเองและระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับ

ปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด รูปแบบการเผชิญปัญหาด้านนี้คือการที่ผู้ดูแลเลือกเปลี่ยนมุมมองในการรับรู้ต่อปัญหาหรือเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญหน้าในมุมมองที่ดี ในขณะที่ปัญหายังคงดำเนินอยู่ (Jalowiec et al., 1984) และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ใช้ระยะเวลาดูแลเฉลี่ยต่อวันนานถึง 14 ชั่วโมง รวมทั้งดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 2 ปี ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและปรับตัวในบทบาทหน้าที่ตนเองได้ ทำให้ทักษะด้านการเผชิญปัญหาดีหรือมีประสิทธิภาพ (ชนิกานต์ ส่วนบุญ และคณะ, 2562) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวขยาย ประกอบด้วย กลุ่มสมรส บุตรและหลาน (ร้อยละ 38.1) ทำให้ช่วงระยะเวลาในการดูแลและระหว่างการเผชิญปัญหามีบริบทสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือหรือให้กำลังใจ (Le & Ibuka, 2023) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27, p < .01$) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน หมายความว่า เมื่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) กล่าวคือพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรคั่นกลางของการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาขณะดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จึงส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในรัฐมอลตาพบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.369, p < 0.01$) โดยจัดการกับการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด (Muscat & Scerri, 2018) และการศึกษาในประเทศไทย ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ($r = -.251, p < 0.05$) (ลินจง โปธิบาล และคณะ, 2562) ซึ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ ประเทศแอฟริกาพบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดีส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าลดน้อยลงเช่นกัน (Hilgeman et al., 2009) และมีการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน เช่นจากการศึกษาของภาสิตา และคณะ (Pasitta et al., 2013) ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .02, p < .001$) และการศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศอิหร่าน (Kazemi et al., 2021) พบว่าผู้ดูแลมีการใช้การพฤติกรรมการเผชิญปัญหาทุกรูปแบบ โดยพฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r = .238, p < 0.012$) จากทิศทางการความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันในบางการศึกษา อธิบายได้ว่าเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในด้านปัจจัยพื้นฐาน เช่น สภาพสังคม วัฒนธรรมการอยู่อาศัย และความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ที่ส่งผลให้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงเกิดการปรับตัว ปรับเปลี่ยนมุมมองและ

จัดการกับอารมณ์ที่กระทบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตในด้านบวก และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.7) และอยู่ในกลุ่มวัยทำงานช่วงอายุ 40 - 60 ปี ถือว่าเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐาน จากแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงมีค่าคะแนนภาวะสุขภาพดี ($M = 28.2, SD = 3.5$) ข้อคำถามที่ผู้ดูแลให้คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ไม่สามารถทำงานทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น และข้อคำถามที่ให้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ปัญหาการเจ็บป่วยตามร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ จากข้อคำถามจะเห็นได้ว่าแม้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงมีอาการเจ็บป่วยทางกายแต่ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงอย่างต่อเนื่องไม่ละเว้น รวมทั้งรูปแบบด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยจิตตเพียง (ร้อยละ 64.1) เป็นความสัมพันธ์ที่มีความผูกพันทางสายเลือด มีความรู้สึกใกล้ชิดด้วยความรัก ความห่วงใยที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองและดูแลผู้ป่วยเกิดขึ้นควบคู่กันไป (Gerain & Zech, 2019) เพื่อที่จะยังคงให้การดูแลผู้ป่วยจิตตเพียงต่อไปได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน - 1 ปี (ร้อยละ 52.2) เป็นช่วงที่ภาวะสุขภาพทางกายอาจไม่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อผู้ดูแล เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = -.57, p < .01$) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน หมายความว่า เมื่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เพิ่มขึ้นหรือภาวะสุขภาพที่ดี ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีภาวะซึมเศร้าลดลง

ผลการวิจัยเป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน และคณะ (Pearlin et al., 1990) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานและบริบทของการเกิดภาวะซึมเศร้า (background and contextual variables) คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และยังมีปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีภาวะสุขภาพที่ดี จะส่งผลต่อสภาพจิตใจที่ดีเป็นพื้นฐานเบื้องต้นต่อการให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของคอร์มิโอ และคณะ (Cormio et al., 2014) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประเทศบราซิล ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลในช่วงระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.577, p = .000$) และการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในสาธารณรัฐมอลตา พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.315, p < 0.05$) (Muscat & Scerri, 2018)

แม้ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจากการวิจัยฉบับนี้ไม่เป็นปัญหาต่อกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง หรือมีภาวะสุขภาพที่ดี อาจเนื่องจากปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล หรือปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ยังยั้งต่อการเกิดปัญหาภาวะสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น และแตกต่างจากการศึกษาปัจจัยภาวะสุขภาพในกลุ่ม

ผู้ดูแลผู้ป่วย ที่พบว่าภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ติดเตียงอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลกระทบต่อการจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง (ณัชศพา หลงผาสุข และคณะ, 2561) รวมทั้งการศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดเชียงราย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนมาดูแล และมีการเจ็บป่วยทางกายที่เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งมีภาวะเครียดที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ชนิกานต์ ส่วยนุ และคณะ, 2562) โดยอาการทางกายที่พบส่วนมาก ได้แก่ การเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว เจ็บป่วยเล็กน้อย อ่อนเพลีย และอาการของโรคเดิมกำเริบ (สุริยา ฟองเกิด และคณะ, 2562) แต่ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงยังลงมีความสำคัญ ควรติดตามและส่งเสริมความสมดุลของภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะภาวะสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

สรุปผลการวิจัย

ภาระในการดูแล พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการรับรู้ภาระเป็นการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก จากบทบาทหน้าที่ที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก ในการแก้ไขอุปสรรคจากเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน เพื่อ

ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และการกลับคืนสู่ภาวะสมดุลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ปัจจัยดังกล่าวจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สนับสนุนรูปแบบกระบวนการความเครียดของเพอร์ลิน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและบุคลากรด้านสาธารณสุขในการทำความเข้าใจและให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ ส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ค้นหาแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนกับผู้ดูแล ตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีของผู้ดูแล และจัดกิจกรรมฟื้นฟูหรือเสริมสร้างสุขภาพร่างกายในกลุ่มผู้ดูแล เพื่อช่วยส่งเสริมป้องกันและลดผลกระทบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2. หน่วยบริการปฐมภูมิหรือพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานควรตระหนักถึงการติดตามในระยะยาวและความต่อเนื่องในกลุ่มนี้ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรืออาจมีแนวโน้มที่แย่ลง

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เพิ่มเติมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เพื่อเพิ่มความรู้ในการทำความเข้าใจผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและอธิบายภาวะซึมเศร้าด้านการวิจัยที่กว้างยิ่งขึ้น

2. ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ภาวะใน

การดูแลและภาวะสุขภาพ มาใช้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

3. ควรคำนึงถึงความแตกต่างของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะของผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (30 กันยายน 2565). *โปรแกรม 3C ระบบการดูแลระยะยาว*. http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone_hosp
- กัญนิภา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, และ พานิช แก่นกาญจน์. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 1-16.
- กิริติ กิจธีระวุฒินัย และ นิทรา กิจธีระวุฒินัย. (2561). ทิศทางการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 15-24.
- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข*. บริษัท วจนจินดา ครีเอชั่น จำกัด.
- ชนัญชิดาคุณฤ์ ทูลศิริ, รัชนิ สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัจ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ชาลินี สุวรรณยศ และ ดาราวรรณ ต๊ะปันตา. (2561). บทบาทพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. *พยาบาลสาร*, 45(4), 229-239.
- ชนิกานต์ ส่วนบุญ, ภูมิ ชมพูศรี, และ จิตรลดา อุทัยพิบูลย์. (2562). การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจและความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 62-69.

นัชศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 98-109.

ชนาสีทิพย์ วิจิตราพันธ์. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 6(1), 56-62.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลินจง โปธิบาล, ทศพร คำผลศิริ, และ นรัชพร ศศิวงศากุล. (2562). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(2), 62-75.

วิรัช เกษมทรัพย์, พรณทิพา สักดิ์ทอง, และ กนกพร ปุ่ฟ้า. รายงานการประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวง ถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. 2550.

ศิรินทิพย์ นิมิตรภูวดล, พรชัย จุลเมตต์, และ นัยนา พิพัฒน์วิมลชา. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(4), 1-12.

ศรีเรือน ดิพน. (2562). ต้นทุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารโรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(2), 275-289.

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. (2558). *คู่มือสำหรับประชาชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน*. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุญ สุริยวงส์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิรัช เอกพลกร, และ บรรณ สิริพันธ์. (2561). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)*. บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.

สุริยา ฟองเกิด, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และ กนกพร นทีธนสมบัติ. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง. *ราชวาทีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(1), 69-89.

อมรา ชูพลศักดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ นัดดา แบนเกสร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาล*, 67(2), 36-43.

Aysun, B., & Nesrin, I. (2019). Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. *The journal of Nursing Research*, 27(3), 1-9.

Cormio, C., Romito, F., Viscanti, G., Turaccio, M., Lorusso, V., & Mattioli, V. (2014). Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 5(1342), 1-8.

Denyes, M. J., Orem, D. E., Bekel, G., & SozWiss. (2001). Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48-54.

Gerain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver Burnout Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 1-13.

Handicap International. (2015). *Disability in humanitarian context Views from affected people and field organisations*. France: Handicap International Federation. <https://www.un.org/disabilities/documents/WHSDisability-in-humanitarian-contexts-HI.pdf>

Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. (16 พฤศจิกายน 2564). *รายงานการคัดกรองผู้มีภาวะพึ่งพิง*. https://cpm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pfmated/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61

Hilgeman, M. M., Durkin, D. W., Sun, F., DeCoster, J., Allen, R. S., Gallagher, D., & Burgio, L. D. (2009). Testing a Theoretical Model of the Stress Process in Alzheimer's Caregiver With Race as a Moderator. *The Gerontologist*, 49(2), 248-261. doi: 10.1093/geront/gnp015

- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In *Measurement of client outcome* (pp. 236-308). New York: Springer Publish Company.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Poewrs, M. J. (1984). Psychometric Assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 157-161. Retrieved from https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/1984/05000/Psychometric_Assessment_of_the_Jalowiec_Coping.8.aspx
- Kasantikul, D., Karnjanathanalers, N., Limsuwan, N., Thongtang, O., Vuthiganond, S., Khuangsirikul, V., Tantipiwatanakul, P., & Theeramoke, V. (1997). Health-related self-report (HRSR) scale: the diagnostic screening test for depression in Thai population. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 80(10), 647-657.
- Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K., & Motalebi, S. A. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregiver of older patients with stroke. *BMC Psychology*, 9(51), 1-9.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company.
- Le, D. D., & Ibuka, Y. (2023). Understanding the effects of informal caregiving on health and well-being: Heterogeneity and mechanisms. *Social Science & Medicine*, 317, 1-9.
- Muscat, M., & Scerri, C. (2018). Coping with anxiety, Depression, Burden and Quality of life in informal primary caregivers of community-dwelling individuals with dementia. *The journal of aging research and lifestyle*, 7, 128-135.
- Pasitta, O., Rungnapa, P., Kanaungnit, P., Vorapun, S., Therase, A. H., & Dechavudh, N. (2013). Factors Predicting Depression among Caregivers of Persons with Dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2), 167-180.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pender N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th Ed). Upper Saddle River, N.J: Pearson.
- Phannarus, H., Muangpaisan, W., Siritipakorn, P., Junkhum, S., Pitiyarn, S., Pengsorn, N., & Pisansalakij, D. (2017). Relationship between caregiver's factor, level of caregiver knowledge about dementia and the level of psychological experienced by caregiver of people with dementia. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 16, 70-79.
- Tantirat, P., Suphanchaimat, R., & Rattanathumsakul, T. (2020). Projection of the Number of Elderly in Different Health States in Thailand in the Next Ten Years, 2020-2030. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8703), 1-12.
- Rajovic, T., Todorovic, N., Vracevic, M., Rajovic, N., Pavlovic, A., Pavlovic, V., et al. (2021). From Burden to Depressive Symptoms in Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A path Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9577), 1-12.
- Ugur, H. G., & Erci, B. (2019). The Effect of Home Care for Stroke Patients and Education of Caregivers on the Caregiver Burden and Quality of Life. *Acta Clinica Croatica*, 58(2), 321-332.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Watchara, T., Frank, K., Katri, V.-J., & Hannele, T. (2022). Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Critically Ill Elderly Patients: A Systematic Review. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 87-102. Retrieved from http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9_pp_87_102-Watchara.pdf
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis* (3th Ed). Harper and Row Publishers.
- Zarit, S. H. (1990). *The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview*. Pennsylvania State University: Gerontology Center.

Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266.

THE GUIDELINES FOR ASSIST TEENAGE PREGNENCY MANAGE STRESS DURING THE PANDEMIC OF CORONAVIRUS 2019

*Kruawan Kamfoo, M.N.S.**, *Lao Singhachotsukpat, M.N.S.***, *Jiratithigan Sillapasuan, Ph.D.***,
*Rattiya Wonglappanich, M.N.S.***, *Sirina Suntudngan, M.A.****

Abstract

The situation of the Coronavirus 2019 pandemic, the quarantine, and restriction affecting the psychological health of pregnant women causes stress, and anxiety, and can lead to mental health problems, especially in teenage pregnancy. Teenage pregnancy stressed the inability to have children and must take on the role of mother as the original capital inevitably cause more stress. The resulting stress can affect both the mother and her fetus. Nurses play a significant role in helping teenage pregnant women with stress can manage stress appropriately during the epidemic situation of the coronavirus 2019 by using a new normal care approach. It will help reduce the impact on teenage pregnant women and their fetuses.

Keywords: stress management, teenage pregnancy, Coronavirus

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchabun Rajabhat University, e-mail: kruawan.kam@pcru.ac.th*

***Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchabun Rajabhat University*

****Lecturer, Faculty of Nursing, Siam University*

Received: 15 May 2023, Revised: 20 June 2023, Accepted: 27 June 2023

แนวทางการช่วยหึงตั้งครรภ์วัยรุ่นจัดการความเครียด ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

เครือวัลย์ คำฟู, พย.ม.*, ลอ อิงโฮตสุขแพทย์, พย.ม.**, จิรจิตกมล ศิลปสุวรรณ, พช.ค.**,
รัตติยา วงศ์ลาพานิช, พย.ม.**, ศิรินา สันทัดงาน, ศศ.ม.***

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และการกักตัว ถูกจำกัดพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นำไปสู่ปัญหาสุขภาพตามมาได้ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งมีความเครียดจากความไม่พร้อมในการมีบุตร ต้องรับบทบาทการเป็นมารดาเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ย่อมก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ได้ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเครียดสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แนวทางการดูแลแบบวิถีใหม่ (new normal) จะช่วยลดผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ได้

คำสำคัญ : การจัดการความเครียด, หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, โคโรนาไวรัส

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์, e-mail: kruawan.kam@pcru.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

วันที่รับ: 15 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 20 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับ: 27 มิถุนายน 2566

บทนำ

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมามีรายงานว่า การปิดโรงเรียนและสถานที่ต่าง ๆ ในช่วงของการแพร่ระบาด ทำให้พฤติกรรมของวัยรุ่นเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศเปลี่ยนแปลงไป อัตราการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (Zulaika et al., 2022)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาที่สำคัญในด้านสังคมและระบบสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีข้อจำกัดในสมรรถนะการดำรงบทบาทมารดา ไม่ได้เตรียมความพร้อม ไม่ได้วางแผนในการเลี้ยงดูบุตร ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร อีกทั้งยังขาดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และวุฒิภาวะในการจัดการกับความเครียด อาจจะนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือจัดการกับความเครียดได้ไม่เหมาะสม ทำให้ความเครียดยังคงอยู่และเพิ่มมากขึ้นได้ (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และ ชุติมา ปัญญาพิณิจนุกร, 2559) นอกจากนี้ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัว (Rosielle et al., 2021) ทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ในการดูแลเลี้ยงบุตร (Lowdermilk et al., 2020) อีกทั้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อีกด้วย จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) ได้รายงานว่า หญิงตั้งครรภ์

วัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปีทั่วโลก มีอัตราการคลอดเฉลี่ยอยู่ที่ 42.5 คนต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน และพบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงที่สูงกว่ามารดาอายุ 20 - 24 ปี ทารกมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอดได้ (World Health Organization, 2022) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติของสำนักงานคณะกรรมการการแพทย พ.ร.บ. 2564 (กรมอนามัย, 2564) ได้รายงานสถานการณ์การตั้งครรภ์และอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 19 ปี มีจำนวนลดลง อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ดีขึ้น การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น และการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาการตั้งครรภ์นั้นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของวัยรุ่นอย่างมาก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายหยุดชะงักไปและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การแท้งบุตร ทารกตายในครรภ์ และการคลอดก่อนกำหนด (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และ ชุติมา ปัญญาพิณิจนุกร, 2559) ขณะเดียวกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลทางด้านจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้วัยรุ่นเกิดความกลัวในสิ่งที่จะ

เกิดขึ้นกับตนเอง อาจเกิดความคับข้องใจ ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าสิ่งเหล่านี้ล้วนนำไปสู่การเกิดภาวะเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความขัดแย้งหรือสับสนกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นวัยรุ่นไปสู่การเป็นมารดา ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่มั่นใจในการดำรงบทบาทมารดา ซึ่งมักเกิดจากความรู้สึกมีความสามารถไม่เพียงพอในการแสดงบทบาทมารดา ส่งผลกระทบให้การเลี้ยงดูบุตรมีความยากลำบากมากขึ้น (Mercer, 1985)

ความเครียดเป็นการรับรู้ทางอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่รู้สึกไม่สบายใจ กัดดัน มีความวิตกกังวล และมีความกลัว ความเครียดเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล (กรมสุขภาพจิต, 2564) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีการคิดและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นตัวบ่งบอกระดับของความเครียดในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วย

ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมต่าง ๆ ตลอดระยะการตั้งครรภ์ และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ขณะที่มีความเครียดเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ที่บริเวณต่อมหมวกไต

จนทำให้เกิดอาการแสดงทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น รวมถึงการทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิตไม่ดีเท่าที่ควร ในที่สุดก็นำไปสู่การที่เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง เนื่องจากหลอดเลือดมีการหดเกร็ง ทำให้ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตช้า เพิ่มความเครียดของมดลูก ส่งผลให้เกิดการหดตัวของมดลูกถี่ขึ้นและบ่อยครั้ง ซึ่งอาจจะนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ นอกจากนี้ความเครียดทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกระบวนการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน อาจทำให้มีการติดเชื้อได้ง่าย ระบบเผาผลาญในร่างกาย ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่างๆมากขึ้น เช่น คอร์ติคอย (corticoid) แคเทพิโคลามีน (catecholamine) โกรทฮอร์โมน (growth hormone) และ โพรแลคติน (prolactin) ส่งผลให้น้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ลดลง เป็นผลให้น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่าปกติ ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อให้เกิดความเครียดได้มากกว่าการตั้งครรภ์ที่มีอายุเกิน 20 ปีขึ้นไป และพบภาวะเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ถึงร้อยละ 30 (Matvienko-Sikar et al., 2021)

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 อาจกระตุ้นให้เกิดการแปรปรวนทางอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความกลัว ความเครียดและความวิตกกังวลว่าจะได้รับเชื้อไวรัส ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่กล้าไปฝากครรภ์ ส่วนในรายที่ติดเชื้อแล้วมักจะกังวลใจต่อว่าอาการของตนเองที่เป็นอยู่นั้นอยู่ในระดับใด จะแพร่เชื้อสู่คนในครอบครัวและทารกในครรภ์

หรือไม่ (งามเอก ล้ามะนา และคณะ, 2565) อีกทั้งยังมีความกังวลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นหลัก (Takubo et al., 2021) รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่กักตัวอยู่ในบ้าน ส่งผลให้เกิดความเครียดวิตกกังวล นอนไม่หลับ และอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรืออาการป่วยทางจิตใจตามมาได้ (Zhou et al., 2020) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบจากการปิดเมือง การควบคุมการเดินทาง ภาวะเศรษฐกิจหยุดชะงักที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างรายได้ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ทั้งสิ้น มีรายงานการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 การที่ต้องกักตัวอยู่ในพื้นที่ที่กำหนด ลดการมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่น การเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกโดดเดี่ยว และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น (Koyucu & Karaca, 2021; Matvienko-Sikar et al., 2021; Moyer et al., 2020) ดังนั้นการมีแนวทางการช่วยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจัดการความเครียดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ผู้นิพนธ์จะขอเสนอแนวทางการช่วยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจัดการความเครียดโดยบทบาทของพยาบาลในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด

ผลกระทบของความเครียด และแนวทางในการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิด

ผู้นิพนธ์ได้มี การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยรวบรวมความรู้ด้านการช่วยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในการจัดการความเครียดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นแนวทางการช่วยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในการจัดการความเครียดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยบทบาทของพยาบาล

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) ขั้นตอนการจัดทำกรอบแนวคิด 3) ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล 4) ขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น 5) ขั้นตอนสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา

2019 เกิดจากหลายปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเฉพาะการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย ทำให้เกิดความขัดแย้งและสับสนในการแสดงบทบาทมารดา และความต้องการในการเป็นวัยรุ่น ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะมีรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไป (Lowdermilk et al., 2020) มีขนาดเต้านมขยายใหญ่ขึ้น มีฝ้ากระตามใบหน้า น้ำหนักเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลตามมาได้ อีกทั้งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่ เกิดจากการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน ไม่สามารถทำนายหรือคาดเดาการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นได้ ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองอย่างไร อาจเกิดความกลัวและรู้สึกผิด อาจไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ บางรายมีการตั้งครรภ์ช้าอย่างรวดเร็วจนในช่วงอายุที่เป็นวัยรุ่น โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่อยู่ร่วมกับสามีเมื่อมีเพศสัมพันธ์และขาดการป้องกันการตั้งครรภ์ (มณิสรา ห่วงทอง, 2562) ย่อมส่งผลต่อความวิตกกังวล เกิดความเครียดจากการที่ต้องรับผิดชอบการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักอยู่ในวัยเรียน จำเป็นต้องพึ่งพารายได้จากครอบครัวหรือสามี ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และภายหลังคลอดบุตรที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากรอบครัวมีบทบาทต่อการตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ต่อหรือไม่ ดังการศึกษาของศิริรัตน์ อินทรเกษม และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็น

มารดาวัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวว่าบิดามารดาของตนจะดุด่าเสียใจ อับอาย และถูกติฉินนินทาจากเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน บิดามารดาไม่ยอมรับ อาจจำเป็นต้องหยุดเรียนกลางคันหรือลาออกจากโรงเรียนเมื่อตั้งครรภ์ ทำให้มีวุฒิการศึกษาที่ไม่สูงเท่าที่ควร ไม่มีโอกาสในการทำงานในอาชีพที่ให้ผลตอบแทนสูง เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและการเงินในครอบครัว และนำไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือเกิดการหย่าร้างกลายเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวตามมาได้

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ออกจากโรงเรียนกลางคัน ส่งผลให้ไม่สำเร็จการศึกษา ทำให้ไม่ได้ประกอบอาชีพ การปรับเปลี่ยนลักษณะงาน การทำงานหยุดชะงัก หรือการที่ถูกให้หยุดงานในช่วงของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ขาดรายได้ หรือมีรายได้น้อยลง ซึ่งมีรายงานการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศระบุว่า รายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้มีผลต่อระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ (ขวัญตา บุญวาสน และคณะ, 2559; Hamzehgardeshi et al., 2021; Koyucu & Karaca, 2021) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อยและมีรายได้ไม่เพียงพอจะมีระดับความเครียดสูงกว่า ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีพบุคคลที่มีรายได้ดีสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า อีกทั้งระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลต่อการประกอบอาชีพทำให้ไม่มีอาชีพและขาดรายได้หรือมีรายได้น้อย ทำให้อาชีพและขาดครอบครัวไม่ดี หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอำนาจการซื้อ

ลดลง ไม่สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจได้ (ขวัญตา บุญवास และคณะ, 2559)

ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเครียดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 อาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เมื่อพยาบาลค้นหาสาเหตุที่เกิดความเครียดได้ จะสามารถวางแผนให้การดูแลและช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

ผลกระทบของความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ความเครียดส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ดังนี้

1.1 ระยะตั้งครรภ์

1.1.1 ผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ภาวะเครียดจะกระตุ้นสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ให้หลั่งสารนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) เป็นผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หัวใจบีบตัวแรงขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกตีบตัว ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่มดลูกลดลง ส่งผลให้เกิดการหดตัวของมดลูก อาจทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

1.1.2 ผลต่ออารมณ์และ

จิตใจ ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสัมพันธภาพต่อผู้อื่นน้อยลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ส่งผลให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์ไม่คงที่ อาจทำให้เกิดปัญหาในครอบครัวได้ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงของภาวะทางอารมณ์และจิตใจ อาจส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสนใจที่จะดูแลตนเองและทารกในครรภ์น้อยลง พฤติกรรมการนอนเปลี่ยนแปลง ทำให้อนอนหลับยากหรือนอนหลับไม่สนิท เป็นต้น

1.1.3 ผลต่อการทำงานของ

ของฮอร์โมนและต่อมหมวกไต ความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและติดเชื้อได้ง่าย ระบบการเผาผลาญอาหารมีความผิดปกติ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น เกิดกรดหลังจากกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้น มีอาการจุกเสียดและเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารได้น้อยลง และการเพิ่มน้ำหนักในแต่ละไตรมาสต่ำกว่าเกณฑ์ ทำให้ทารกมีโอกาสน้ำหนักตัวน้อยตั้งแต่อยู่ในครรภ์

1.2 ระยะคลอด ภาวะเครียดจะไปกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนแอดรีนาลีนและคอร์ติซอล ทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความล่าช้าในระยะคลอด ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอดยาวนานกว่าปกติ นอกจากนี้การที่เลือดไหลเวียนไปที่มดลูกน้อยลง ส่งผลให้การขนส่งออกซิเจนไปที่มดลูกและทารกในครรภ์ลดลงด้วย (ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์ และ

ชุดิมา แซ่ตัน, 2560) อีกทั้งความเจ็บปวดจากการที่มดลูกบีบรัดตัวในระยะคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความกลัว วิตกกังวล เป็นวงจรทำให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น

1.3 ระยะหลังคลอด ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์อาจส่งผลต่อเนื่องมาถึงในระยะหลังคลอด ทำให้การปรับบทบาทจากการเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้ช้า จากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) เกี่ยวกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (maternal role attainment) ภายหลังการคลอดบุตร ในช่วงขวบปีแรก ได้ทำการศึกษาในมารดาที่มีช่วงอายุ 15 - 42 ปี โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ อายุ 15 - 19 ปี อายุ 20 - 29 ปี และอายุ 30 - 42 ปี ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีอายุระหว่าง 20 - 42 ปี มีการปรับตัวในการดำรงบทบาทมารดาและมีความสุขในการดำรงบทบาทมารดาได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุ 15-19 ปี อีกทั้งความเครียดยังมีผลต่อการหลั่งของฮอร์โมนที่ไปยับยั้งการสร้างน้ำนม ทำให้ปริมาณน้ำนมแม่ลดลง

2. ผลกระทบต่อทารก

2.1 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เร็วกว่าปกติ ระบบหายใจมีการเปลี่ยนแปลง ทารกมีอาการหงุดหงิด เนื่องจากทารกได้รับฮอร์โมน cortisol จากมารดาที่มีภาวะเครียดมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนนี้สามารถผ่านรกเข้าสู่กระแสโลหิตของทารกได้ ส่งผลให้ทารกมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น และมีอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้น (Carolan-Olah & Barry, 2014)

2.2 การคลอดก่อนกำหนด เมื่อ

หญิงตั้งครรภ์มีความเครียดจะส่งผลให้กระตุ้นการหดตัวของมดลูก เกิดจากร่างกายมีการหลั่งสาร catecholamine ไปกระตุ้นการหดตัวของมดลูก นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการทำงานของรก ทำให้การทำหน้าที่ของรกลดลง มีการหลั่งสารพรอสตาแกรนดิน (prostaglandin) ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก เกิดการเปิดขยายมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงที่สูงกว่ามารดาอายุ 20 - 24 ปี ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอดได้

2.3 ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้การทำงานของหลอดเลือดเกิดความผิดปกติ การลำเลียงออกซิเจนไปสู่ทารกผ่านการไหลเวียนเลือดจากมารดาสู่รกและทารกได้น้อยลง ส่งผลกระทบให้ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การเจริญเติบโตหยุดชะงักหรือทารกมีภาวะค้ำขั้นในครรภ์ จึงมีความจำเป็นต้องให้คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดตามมาได้ (กรณิการ์ บูรณวนิช และ กฤษณ์ เชื้อชาญประพันธ์, 2563)

2.4 พัฒนาการของทารก หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดในระหว่างการตั้งครรภ์ จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในระยะหลังคลอด ได้แก่ การเจริญเติบโตของร่างกายและ

พัฒนาการล่าช้า สติปัญญาไม่สมวัย มีโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หอบหืด หายใจลำบาก รวมทั้งอาจทำให้ทารกมีอาการที่หงุดหงิดง่าย ร้องกวนตลอดเวลา เป็นเด็กเลี้ยงยาก และมีความผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น การปรับตัวในสังคมได้ยาก ย้ำคิดย้ำทำ มีสมาธิสั้น เป็นต้น (Hunt, 2011)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผลกระทบของความเครียดทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์มีหลากหลาย อีกทั้งยังมีความรุนแรงที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติต่าง ๆ ได้

แนวทางการจัดการความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นควรครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้พยาบาลควรเน้นย้ำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมาฝากครรภ์ จะช่วยให้เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพึงจะได้รับ เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทางด้านร่างกายทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ ทั้งนี้โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการจัดบริการฝากครรภ์คุณภาพ (กรมอนามัย, 2565) โดยมุ่งเน้น 3 ประเด็น ดังนี้

1. การให้บริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีใหม่ โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์การฝากครรภ์ 8 ครั้ง

2. หญิงตั้งครรภ์จะต้องได้รับการบริการตาม

กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วนตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565

3. จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีการระบบการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

นอกจากนี้ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจกระตุ้นให้เกิดการแปรปรวนทางอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ โดยเฉพาะความกังวลว่าตนเองอาจจะติดเชื้อหรือไม่ จนเกิดภาวะเครียดส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ตามมา นอกจากนี้การฝากครรภ์คุณภาพตามแนวทางวิถีใหม่ ยังมุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่หญิงตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายมีบริการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อีกทั้งช่วยไม่ให้เชื้อโรคลุกลาม และสามารถรักษาให้หายได้ รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในช่วงการแพร่ระบาดของโรค โดยอาศัยแนวทางวิถีใหม่ในการปฏิบัติ ดังนี้

1. การดูแลด้านจิตใจเมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกรายเข้ารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ ได้แก่

- 1.1 การประเมินสภาพจิตใจภาวะเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เพื่อคัดกรองและเป็นแนวทางเบื้องต้นในการประเมินหาระดับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งเครื่องมือในการประเมินที่นิยมและเข้าถึงได้ง่าย ได้แก่ แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข (2565) ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในรอบ 2 - 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และมีการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีความเครียด น้อยกว่า 4 คะแนน สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด 5 - 7 คะแนน และมีความเครียดสูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งระดับความเครียดมากถือว่ามีความเสี่ยง ควรได้รับการจัดการกับความเครียด รวมทั้งจะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ทันทีและได้รับการดูแลต่อเนื่องอีก 3 - 6 เดือน นอกจากการใช้แบบประเมินความเครียดแล้วพยาบาลที่หน่วยฝากครรภ์ควรสังเกตพฤติกรรมความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมด้วย เช่น มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ น้ำหนักลดลง เป็นต้น

1.2 การให้คำแนะนำในการจัดการความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังจากการประเมินระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์แล้ว พยาบาลจะนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน การสังเกตและการซักประวัตินำมาวางแผนการพยาบาลและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ซึ่งพิจารณาจากระดับคะแนนความเครียด โดยเฉพาะในรายที่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดมากและเครียดมากที่สุด ควรให้คำแนะนำและแนวทางในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งในการให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้น ควรเป็นสถานที่ส่วนตัว ผู้คนไม่พลุกพล่าน เพื่อให้มีบรรยากาศที่เป็นส่วนตัวและผ่อนคลายจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจและเปิดเผย

ข้อมูล รวมถึงระบายความรู้สึกหรือบอกเล่าปัญหาได้ การวางแผนการช่วยเหลือควรให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการแก้ไข ปัญหาหรือเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง โดยใช้เทคนิคเฉพาะในการจัดการกับความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2564) ดังนี้

1.2.1 การออกกำลังกาย

และการทำกายบริหาร การออกกำลังกายในขณะที่ตั้งครรภ์จะช่วยให้ฮอร์โมนเอนดอร์ฟิน (endorphin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุขเกิดการหลั่ง จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดโปร่ง สดชื่น ลดอาการตะคริว เกิดความเพลิดเพลิน สนุกสนาน อีกทั้งช่วยให้ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบย่อยอาหาร และระบบการเผาผลาญทำงานได้ดีขึ้น โดยหญิงตั้งครรภ์สามารถออกกำลังกายโดยการเดิน ปั่นจักรยานอยู่กับที่ ว่ายน้ำ การบริหารแบบยืดเส้น การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และโยคะ อย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 - 5 วันต่อสัปดาห์ (สายฝน ชวาลไพบุลย์, 2560)

1.2.2 การทำสมาธิและ

ฝึกจิตใจ ถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เนื่องจากจิตใจที่สงบจะไม่มีความคิดที่ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล เครียด หรือเศร้าโศก หลักการทำสมาธิคือการทำจิตใจให้สงบ จดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีสติรู้ตัวตามอิริยาบถปัจจุบันร่วมกับการฝึกหายใจเข้าและหายใจออกเป็นจังหวะซ้ำๆอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 30 - 60 วินาที ถึง 20 นาที (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และ ชุตินา ปัญญาพินิจนุญ, 2559) เมื่อฝึกสมาธิเป็นประจำจะช่วยให้ผ่อนคลาย จิตใจเบิกบาน สมองแจ่มใส อารมณ์เย็น และลดความเครียด

ได้อย่างชัดเจน

1.2.3 การจัดสรรเวลา

ชีวิต โดยบริหารจัดการเวลาในการดำรงชีวิตให้เกิดความสมดุลทั้งเรื่องการเรียนรู้ การทำงาน และการพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่นำงานไปทำในขณะที่ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว ควรให้ความสำคัญกับสถานการณ์และบุคคลที่อยู่ตรงหน้าในเวลาปัจจุบัน รวมทั้งการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

1.2.4 การฟังเพลง เพลง

หรือเนื้อร้อง ทำนอง จังหวะและความถี่ของเสียงจะช่วยกระตุ้นให้สมองของมนุษย์หลั่งสารแห่งความสุขหรือฮอร์โมน endorphin เพิ่มมากขึ้น ส่งผลดีต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ดี

1.2.5 การปรับเปลี่ยน

ความคิด โดยการใช้คิดเชิงบวก (positive thinking) เป็นการรับรู้และแปลความหมายสถานการณ์และบุคคลตามสภาพความเป็นจริงอย่างมีเหตุและมีผล ด้วยอารมณ์ที่ผ่อนคลายไปในทิศทางที่ดี รวมทั้งการปรับเปลี่ยนมุมมอง ความเชื่อ ความรู้สึก และความคิดในด้านบวกที่แฝงอยู่จากสถานการณ์และบุคคลนั้น ๆ (ปัญญาญา วรวัฒนชัย, 2565) เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว มีกำลังใจและความเชื่อมั่นในตนเองอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะนำพาให้บุคคลที่คิดเชิงบวกสามารถผ่านพ้นอุปสรรค ความเครียด ความวิตกกังวลหรือปัญหาที่หาทางออกไม่ได้ ณ เวลานั้น ซึ่งการปรับมุมมองเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ โดยเอาตัวเองออกมาจากปัญหาหรือความเครียดนั้น ๆ อาจจะช่วยให้มองเห็นสาเหตุหรือต้นตอของปัญหาได้

อย่างแท้จริงและค้นพบวิธีการแก้ไขปัญหได้ง่ายขึ้น

1.3 การให้คำแนะนำนำ

ครอบครัว ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมทางบวกที่ดี มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาหรือสามีของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จะช่วยเพิ่มความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีของสมาชิกในครอบครัว การหากิจกรรมทำร่วมกันภายในบ้าน การพูดคุยกันภายในครอบครัว ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ และพร้อมที่จะใช้ชีวิตในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปแบบวิถีใหม่ได้เป็นอย่างดี

2. การดูแลด้านจิตใจเมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องได้รับการกักตัวที่บ้าน ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ค่อนข้างรุนแรง มีการกักตัวที่บ้านเพื่อลดความแออัดของผู้ติดเชื้อในสถานพยาบาล และเพื่อป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง หากได้รับเชื้อไวรัส อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ที่รุนแรงขึ้นได้ ดังนั้นเมื่อมีการกักตัวที่บ้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและแนวทางในการจัดการความเครียดผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์เป็นช่องทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติที่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ได้ (สุรารัตน์ โหมิตธนสาร และคณะ, 2564) จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565 พบว่า วัยรุ่นใช้อินเทอร์เน็ตอยู่ที่ 8 ชั่วโมง 57 นาทีต่อวัน อีกทั้งการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการทำงานของ

บุคลากรสาธารณสุขได้สะดวก รวดเร็วและเข้าถึงปัญหา โดยเพิ่มการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว จากข้อมูลของ Digital 2022 Thailand พบว่า Social Media ที่คนนิยมใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ เฟซบุ๊ก (facebook) ไลน์ (line) ข้อความ (messenger) ดิจิตอก (tiktok) และอินสตาแกรม (instagram) (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2565) ดังนั้นการให้ข้อมูลและแนวทางในการปฏิบัติตน การให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตขณะตั้งครรภ์ การสร้างสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้คำปรึกษาหรือเกี่ยวกับวิธีจัดการความเครียด การเผยแพร่ความรู้ผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้นจึงเป็นช่องทางที่เหมาะสมในการปรับตัวสู่ยุควิถีใหม่ ดังการศึกษาของสุรางรัตน์ โหมยิตชนสาร และคณะ (2564) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นและมีความเครียดในขณะตั้งครรภ์ลดลง

บทสรุป

การตั้งครรภ์ถือได้ว่าเป็นความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีข้อจำกัดในสมรรถนะการดำรงบทบาทมารดา ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร อีกทั้งยังขาดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และวุฒิภาวะในการจัดการกับความเครียด อาจจะนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือจัดการกับความเครียดได้ไม่เหมาะสม ทำให้ความเครียดยังคงอยู่และเพิ่มมากขึ้น เมื่อทราบ

ถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัวแล้ว พยาบาลควรมีแนวทางในการช่วยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจัดการความเครียด โดยบทบาทของพยาบาลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปแบบวิถีใหม่ เพื่อเป็นการดูแลด้านจิตใจเมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกรายเข้ารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ โดยประเมินสภาพจิตใจด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) การให้คำแนะนำในการจัดการกับความเครียดเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาจากระดับคะแนนความเครียด และการใช้เทคนิคเฉพาะในการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมและสามารถดำรงบทบาทมารดาได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (16 มิถุนายน 2564). 5 ทริคง่ายๆ จัดการความเครียดด้วยตัวเอง. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30866>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (มีนาคม 2564). เครียด... คลายเครียด. <http://www.tobenumber1.net/dataservice/files/ds2-manualAndTech/manual>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (มีนาคม 2565). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. <https://9yang.anamai.moph.go.th>.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (15 กันยายน 2565). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2564. <https://rh.anamai.moph.go.th>.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (มีนาคม 2565). คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. <https://hp.anamai.moph.go.th/th>

- กรณีการ บูรณวนิช และกฤษณ์ เชื้อชาชาญประพันธ์. (2563). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดในขณะ แพทย์ศาสตร์วชิรพยาบาล. *วชิรเวชสารและวารสารเวช ศาสตร์เขตเมือง*, 64(1), 11-22.
- กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และชุติมา ปัญญาพินิจนุญ. (2559). ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาล ทหารบก*, 17(2), 7-11.
- ขวัญดา บุญวาท, ศศิธร คำพันธ์, และ ชุติกาญจน์ แซ่ตัน. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 32(3), 1-10.
- งามเอก ลำมะนา, ชะไมพร ธรรมวาศี, และ จารุณี เทียบโพธิ์. (2565). การดูแลวิถีใหม่ (New Normal) สำหรับหญิง ตั้งครรภ์ในวิกฤติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 23(45), 112-125.
- ทิพย์วรรณ บุญยกรณ และชุติมา แซ่ตัน. (2560). บทบาท พยาบาล: การจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้*, 4(3), 271-281.
- ปัญจนาฏ วรพัฒนชัย. (2565). การคิดเชิงบวก. *วารสาร มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้าน สมเด็จเจ้าพระยา*, 16 (2), 190-223.
- มนิสรา ห่วงทอง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 161-172.
- ศิริรัตน์ อินทรเกษม, พยอม สันธุศิริ, ดารุณีย์ สวัสดิ์โชติ, คัทนี สุวรรณคม, จรินทร์ โคตรพรม, และ วรณัฐ ไซยาน. (2562). แนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรง บทบาทการเป็นมารดาวัยรุ่น: กรณีศึกษาจังหวัดนครพนม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 128-137.
- สายฝน ชาวลาโพญลย์. (14 กรกฎาคม 2560). *ควรหรือไม่ควร... ก ร อ อ ก ก ำ ล ำ ก ำ ย ใน ข ณะ ต ั ง ค ร ร ภั .* <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1291>.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (สิงหาคม 2565). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตใน ประเทศไทย ปี 2565. <https://www.etda.or.th/getattachment>.
- สุรางรัตน์ ไหมยิตถนสาร, วิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงษ์, นงลักษณ์ แสนกิจตะ, และ อภิสรา มาประจักษ์. (2564). ประสิทธิภาพ ของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคม ออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 13 (1), 74-87.
- Carolan-Olah, M., & Barry, M. (2014). Antenatal stress: An Irish case study. *Midwifery*, 30, 310-316.
- Hamzehgardeshi, Z., Omidvar, S., Amoli, A. A., & Firouzbakht, M. (2021). Pregnancy-related anxiety and its associated factors during COVID-19 pandemic in Iranian pregnant women: A web-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(208).
- Hunt, K. N. (2011). The NICU: Environmental effects of the neonatal intensive care unit on infant and caregivers [Master of Science]. Southern Illinois University Carbondale.
- Koyucu, R. G., & Karaca, P. P. (2021). The Covid 19 outbreak: Maternal Mental Health and Associated Factors. *Midwifery*, 99, 103013.
- Lowdermilk, D. L., Cashion, M. C., Perry, S. E., Alden, K. R., & Olshansky, E. (2020). *Maternity and women's health care* (12th ed.). Elsevier.
- Matvienko-Sikar, K., Pope, J., Cremin, A., Carr, H., Leitao, S., Olander, E. K., & Meaney, S. (2021). Differences in levels of stress, social support, health behaviours, and stress-reduction strategies for women pregnant before and during the COVID-19 pandemic, and based on phases of pandemic restrictions, in Ireland. *Women and Birth*, 34(5), 447-454.
- Mercer, R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34(4), 198-204.
- Moyer, C. A., Compton, S. D., Kaselitz, E., & Muzik, M. (2020). Pregnancy-related anxiety during COVID-19: A nationwide survey of 2,740 pregnant women. *Women's Mental Health*, 23, 757-765.

- Rosielle, K., Bergwerff, J., Schreurs, A., Knijnenburg, J., De Bie, B., Maas, J., Nap, A. W., van Wely, M., Lambalk, C. B., Goddijn, M., Custers, I. M., van Loendersloot, L. L., & Mijatovic, V. (2021). The impact of the COVID19 pandemic on infertility patients and endometriosis patients in the Netherlands. *Reproductive biomedicine online*, 43(4), 747-755.
- Takubo, Y., Tsujino, N., Aikawa, Y., Fukiya, K., Iwai, M., Uchino, T., Ito, M., Akiba, Y., Mizuno, M., & Nemoto, T. (2021). Psychological impacts of the COVID-19 pandemic on one-month postpartum mothers in a metropolitan area of Japan. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(845).
- World Health Organization. (20 May 2021). *World health statistics 2021: Monitoring health for the SDGs*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/>
- World Health Organization. (2 June 2023). *Adolescent pregnancy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- Zhou, Y., Shi, H., Liu, Z., Peng, S., Wang, R., Qi, L., Li, Z., Yang, J., Ren, Y., Song, X., Zeng, L., Qian, W., & Zhang, X. (2020). The prevalence of psychiatric symptoms of pregnant and non-pregnant women during the COVID-19 epidemic. *Translational psychiatry*, 10(319).
- Zulaika, G., Bulbarelli, M., Nyothach, E., Van Eijk, A., Mason, L., Fwaya, E., Obor, D., Kwaro, D., Wang, D., Mehta, S. D., & Phillips-Howard, P. A. (2022). Impact of COVID-19 lockdowns on adolescent pregnancy and school dropout among secondary schoolgirls in Kenya. *BMJ Global Health*, 7, 1-9. e007666.

NURSING MANAGEMENT OF PATIENT WITH NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA RESIDING IN A COMMUNITY

Jirapa Boonsin, M.N.S. , Daungdao Ubolyaem, Ph.D.***

Abstract

Negative symptoms are the predominant symptom in schizophrenic patients who lived in the community. The impairments of these patients were blunted affect, avolition, asociality, attention deficit in environment, and dysfunction in working and interaction with others.

Nurse is a health care provider who plays a role to management of patient with negative symptoms in schizophrenia residing in a community and continuous care for adherence therapy, rehabilitation of patients and use of mental health and community psychiatric supportive resources. Finally, patients could live effectively in society and had a good quality of life.

Keywords: management, schizophrenia patients, negative symptom

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi*

***Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, e-mail: daungdao@bcns.ac.th*

Received: 15 May 2023, Revised: 20 June 2023, Accepted: 27 June 2023

การจัดการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชน

จิราภา บุญศิลป์, พย.ม.*, ดวงดาว อุบลเยี่ยม, ประ.ศ.**

บทคัดย่อ

อาการทางลบเป็นอาการเด่นที่พบในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีความบกพร่องในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ขาดความกระตือรือร้น ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการทำงานบกพร่อง

พยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทในการจัดการและดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชนให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย รวมถึงการใช้แหล่งสนับสนุนทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการทางการพยาบาล, ผู้ป่วยจิตเภท, อาการทางลบ

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, e-mail: daungdao@bcns.ac.th

วันที่รับ: 15 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 20 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับ: 27 มิถุนายน 2566

บทนำ

โรคจิตเภทถือเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกมีประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 0.32 ส่วนมากจะพบในวัยผู้ใหญ่ในอัตรา 1 ใน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45 ความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยตั้งแต่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019) ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระบบบริการสุขภาพและนโยบายการลดความแออัดของผู้มารับบริการในหน่วยงาน (กรมสุขภาพจิต, 2564) อย่างไรก็ตามจากรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชของกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2564 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังคงมารับบริการจำนวน 284,273 คน อยู่เป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยที่มารับบริการ สำหรับโรงพยาบาลศรีธัญญา พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 32.60 ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.40 และยังเป็นกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายมากที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 41.00 (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2565) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะกลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้านและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน

โรคจิตเภทสามารถที่จะตรวจพบลักษณะอาการทางคลินิกโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (นันทวิช สัทธีรักษ์ และคณะ, 2558) คือ 1) กลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptom) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptom) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มอาการทางลบสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะเรื้อรัง ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท พบร้อยละ 0.70 ความรุนแรงของโรคพบร้อยละ 37.00 (ปัทมานนท์ ขวัญสนธิ และ มานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) ผู้ป่วยจะมีระดับความเจ็บป่วยในระยะคงที่และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) อาการทางลบมีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.00 (Correll & Schooler, 2020) ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.50 รองลงมาเป็น การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ และการสนทนาเกิดขึ้นแบบไม่เป็นธรรมชาติ เป็นร้อยละ 49.80, 41.50, 40.40 และ 22.30 ตามลำดับ (Sicras-Mainar et al., 2014)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทั่วไปมักพบว่าขาดผู้ดูแลหรืออยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ขาดการยอมรับจากครอบครัว สังคม เป็นผู้พึ่งพา (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และ ขนิษฐา นันทบุตร, 2561) อีกทั้งต้องเผชิญพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเช่น พฤติกรรมแยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เคลื่อนไหวน้อย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ทุกข์ทรมาน มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ (กัญญา ศรีตะวัน และ รัชนิกร อุปเสน, 2560)

สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระยะนี้ จะมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือกับการรักษา การเฝ้าระวังปัจจัยที่เสี่ยงต่อการกำเริบและสนับสนุนผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (ขจิรัตน์ ปริกเอโก และคณะ, 2559; สายฝน เอกวรางกูร, 2563)

อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีเพียงพยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนตามมาตรฐานวิชาชีพซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 85.79 (นุสรา นามเดช และคณะ, 2565) พยาบาลที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีจำนวนน้อยแต่ต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับภาระงานอื่น ๆ ที่ต้องรับผิดชอบจำนวนมากรวมทั้งยังขาดระบบการส่งต่อที่ชัดเจน แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปแบบอาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (กาญจนา เหมะรัต และคณะ, 2555; สิริณีย์ ประเสริฐยศ และคณะ, 2558; สาวินี คลังกา และคณะ, 2565) ดังนั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านต่าง ๆ และความ

เรื้อรังของโรคที่จะทำให้เกิดอาการทางลบที่เด่นชัดมากขึ้น และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาดำรงชีวิตได้ปกติในสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558; ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, 2560)

นิยามของการจัดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

การจัดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับดูแลต่อเนื่องตามระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำจำกัดความอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำจำกัดความอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากผู้เชี่ยวชาญทั้งในและต่างประเทศได้ให้คำจำกัดความ ดังนี้ อาการทางลบ หมายถึง การลดการทำหน้าที่ของการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจและความสนใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางน้อยกว่าปกติ พูดน้อย แยกตัวออกจากสังคม ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นบกพร่อง ขาดความกระตือรือร้น ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558; Correll & Schooler, 2020) ซึ่งจากแนวคิดและการศึกษาลักษณะเฉพาะที่เป็นลักษณะเด่นของอาการทางลบจะพบลักษณะอาการทางคลินิกและอาการทาง

คลินิกที่ตรวจพบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
 ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้ (หงษ์ บันเทิงสุข และ

คณะ, 2545; Correll & Schooler, 2020; Marder &
 Galderisi, 2017)

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการทางคลินิกและอาการทางคลินิกที่ตรวจพบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

อาการทางคลินิก (Clinical Symptoms)	อาการทางคลินิกที่ตรวจพบ (Clinical Findings)
แสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect)	สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์ ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้อารมณ์ น้ำเสียงราบเรียบ
พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia)	โต้ตอบด้วยคำพูดหยุดชะงักเป็นพัก ๆ ถามคำตอบคำ ใช้เวลานานกว่าจะตอบ พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก
ขาดความสนใจในกิจกรรม (avolition)	นั่งก้มหน้า ไม่สบตาขณะสนทนา ไม่สนใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รอบตัว ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ขาดความกระตือรือร้น ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน
มีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia)	ขาดความร่าเริงใจในการทำกิจกรรม ขาดความยินดีกับกิจกรรมต่าง ๆ ขาดความสนใจในกิจกรรมทางเพศ
ไม่เข้าสังคม (asociality)	หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม หลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือพูดคุยกับ บุคคลอื่นก่อน มักอยู่คนเดียวเสมอ มีเพื่อนน้อย

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางลบของผู้ป่วยโรค จิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีระยะ
 การเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลให้มีความบกพร่องใน
 การทำหน้าที่และส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ดังนี้
 (พิชามญช์ อินทะพูล, 2564; Sicras-Mainar et al.,
 2014)

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

การติดต่อสื่อสารและการแสดงออก
 ทางด้านอารมณ์บกพร่อง ขาดความกระตือรือร้น
 ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง มีความบกพร่อง
 ในความรับผิดชอบต่าง ๆ รวมทั้งสัมพันธภาพกับ

ผู้อื่นในสังคม ขาดแรงจูงใจที่นำไปสู่การเกิด
 พฤติกรรมตามเป้าหมายและไม่มีประสบการณ์ของ
 ความสุข

2. ผลกระทบของผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมต่ำลง
 เนื่องจากผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ
 กิจวัตรประจำวันมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีความ
 พร่องในด้านต่าง ๆ ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถ
 ดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ขาดอิสระในการใช้ชีวิต
 และมีเวลาส่วนตัวน้อยลง

3. ผลกระทบต่อสุขภาพและค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีการ

พยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรัง และมีอาการหลงเหลือ ส่งผลต่อระบบสุขภาพในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแล เช่น ค่ายา ค่าเดินทางในการไปพบแพทย์ การรักษา เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

การประเมินสภาพถือเป็นความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เครื่องมือที่ใช้หรือนำมาเป็นแนวทางในการประเมินอาการทางลบทั้งในการปฏิบัติทางคลินิกและการวิจัยที่พบบ่อยมักจะประกอบด้วยเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งการประเมินอาการทางลบสามารถประเมินได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือการสัมภาษณ์ญาติ/ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) เป็นเครื่องมือประเมินอาการทางลบ จำนวน 25 ข้อ โดยประเมินลักษณะอาการทางลบ 5 ลักษณะ คือ Affective Flattening or Blunting, Alogia, Avolition-Apathy, Anhedonia, Attention มีมาตรการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน คือ ไม่มีอาการถึงมีอาการรุนแรง แบบประเมินมีค่า test- retest reliabilities อยู่ระหว่าง 0.24 - 0.54 (Galderisi et al., 2021; Phillips, 1996)

2. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือประเมินอาการทางบวก อาการทางลบและอาการอื่น ๆ ของโรคจิตเภท

จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินอาการทางบวก 7 ข้อ การประเมินอาการทางลบ 7 ข้อและกลุ่มอาการจิตพยาธิสภาพทั่วไป 16 ข้อโดยมีมาตรวัดคะแนนจาก 1 - 7 ค่าคะแนนที่มากแสดงถึงความรุนแรงของอาการที่สูงขึ้น สำหรับในประเทศไทย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) ได้พัฒนาเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS- T) โดยแปลจากภาษาอังกฤษจากแนวคิดของ Kay et al. (1987) และมีข้อคำถามเสริมสำหรับประชากรที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง 3 ข้อ รวมเป็น 33 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการถึงมีอาการรุนแรงมาก แบบประเมินนี้มีค่า interrater reliability โดยด้าน Positive Syndrome มีค่าระหว่าง 0.77 - 0.81 ด้าน Negative Syndrome มีค่าระหว่าง 0.81 - 0.83 และด้าน General Psychopathology มีค่าระหว่าง 0.76 - 0.78 (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, ม.ป.ป.; Kay et al., 1987)

3. แบบประเมินอาการทางลบของหงษ์บรรเทิงสุข (2545) เป็นเครื่องมือที่ประเมินเฉพาะอาการทางลบ ที่ปรับมาจากแบบประเมินอาการทางลบของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) ซึ่งปัจจุบันได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากมีความสะดวก รวดเร็ว ใช้ได้ง่าย โดยการใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่มีอาการและ 1 คือมีอาการ โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.84

ในประเทศไทยได้มีการนำแบบประเมิน PANSS ฉบับภาษาไทย มาใช้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสม สามารถประเมินได้ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ มีความเชื่อถือได้ (reliability) และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี (ชนานิษฐ์โกวิทย์ และคณะ, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ยังสามารถนำแบบประเมินนี้มาใช้สำหรับการประเมินเฉพาะอาการทางลบได้ในผู้ป่วยจิตเภท (สิรินันท์ ลิ้มทองคำ และ เพ็ญพิศตร อุทิศ, 2561) และกรมสุขภาพจิตได้แนะนำการใช้เครื่องมือ PANSS ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (จิตชนก โอภาสวัฒนา, 2563; มัณฑนา กิตติพิรัช และคณะ, 2560)

แนวทางการจัดการผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

การจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยส่วนใหญ่สามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

โดยทั่วไปยาที่มักนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้แก่ กลุ่มยาด้านโรคจิต (Antipsychotic drug) ที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ Dopamine กลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้จะด้าน dopamine-2 receptor ใน mesolimbic system อย่างไรก็ตามยาในกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในผลการรักษา และผลข้างเคียงที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาการ extrapyramidal symptoms (EPS) อาจส่งผลต่อผู้ป่วยที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา แพทย์อาจจะมีการพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับยาชนิด

น้ำใช้หยดผสมในเครื่องดื่มและรับยาชนิดซึ่งออกฤทธิ์สั้นและแบบออกฤทธิ์ยาวชนิดทุก 2 - 4 สัปดาห์ (depots หรือ long-acting form) เช่น haloperidol decanoate, fluphenazine decanoate, flupentixol depot เป็นต้น ต่อมาได้มีการนำยากลุ่มยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (Serotonin-Dopamine Antagonists: SDAs) มาใช้และได้ผลดีกับผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่ง SDAs จะออกฤทธิ์ปิดกั้นทั้ง Serotonin type 2 (5-HT₂) และ Dopamine type 2 (D₂) receptor เกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่สูง ผลข้างเคียงน้อยและรักษาอาการทางลบได้ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2557; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; มัณฑนา กิตติพิรัช และคณะ, 2560) อย่างไรก็ตามสิ่งที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยานี้คือ กลุ่มอาการ metabolic syndrome จากการเกิดสภาพ insulin resistance เช่น น้ำหนักตัวเพิ่ม ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเบาหวานสูงขึ้น (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการใช้ยาเสริมเพื่อรักษาโรคอื่นที่เกิดร่วมกับโรคจิตเภท เช่น โรคซึมเศร้า มีการใช้กลุ่มยาด้านเศร้าเพื่อรักษาอารมณ์เศร้าหรือในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยมีผลการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนการใช้ยาในรูปแบบของยาด้านเศร้าร่วมกับยาด้านโรคจิตที่ช่วยจัดการกับความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบให้มีอาการดีขึ้น (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2563; Black, 2020; Cerveri et al., 2019)

2. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Therapy)

การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการบำบัดทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ที่มีปัญหาและเจ็บป่วยทางจิตเพื่อบรรเทาทุกข์ทางจิตใจ และตระหนักผู้สามารถปรับตัวในสิ่งแวดล้อมและสังคมได้ประกอบด้วย

2.1 กลุ่ม/กิจกรรมบำบัด (Group/Activity therapy) นำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเพื่อส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและป้องกันการถดถอย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่ออันรัก นับถือและเรียนรู้ในการอยู่กับผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าเป็นโอกาสที่ดีที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาควิชาจิต ส่งผลให้มีพฤติกรรมแยกตัวลดลง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2559)

2.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ให้เรียนรู้การคิดที่มีเหตุผลบนความเป็นจริง และปรับพฤติกรรมใหม่จนสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้อาการทางลบลดลง อย่างไรก็ตามพยาบาลที่จะนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการอบรมเรื่อง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และคำนึงถึงข้อจำกัดของผู้ป่วยซึ่ง CBT สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง

ทางการคิดที่ยังไม่รุนแรง ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พบว่า มีความบกพร่องในการรู้คิด การเชื่อมโยงอารมณ์ การรับรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจทำได้ก่อนข้างยากรรมทั้งระยะเวลาของการบำบัดที่มากถึง 9 - 12 เดือน (ชุมทรัพย์ ก้อนทอง และคณะ, 2559; ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, 2560; Elis et al., 2013)

2.3 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training) เป็นการฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยที่เน้นการมีส่วนร่วมโดยการให้ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงและทฤษฎีเสริมแรงสูงใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและพัฒนาความสามารถทางสังคมที่บกพร่อง ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางสังคมและมีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น (ศิริลักษณ์ ปรมะ, 2561; Elis et al., 2013)

2.4 การบำบัดแบบผสมผสาน (Combined treatment) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมด้านอื่น ๆ ร่วมกันเช่น 1) ครอบครัวยุทธบำบัดที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ห่วงใยและเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างเหมาะสม 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยส่งผลให้บรรยากาศภายในครอบครัวมีความอบอุ่น เข้าใจ เป็นมิตร เหมาะกับการฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และ 4) การฝึกทักษะทาง

สังคม ซึ่งการบำบัดแบบผสมผสานมีส่วนช่วยทำให้อาการทางลบดีขึ้น (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560; เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560; Elis et al., 2013)

การจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการอาการทางลบในคลินิก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินสภาพ (Assessment)

1.1 ประเมินอาการแสดงโดยใช้

การสังเกตของพยาบาล การสังเกตของญาติหรือผู้ดูแลหรือใช้แบบประเมินร่วมกับการประเมินสภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (สายฝน เอกวางกูร, 2563)

1.1.1 ด้านสภาพร่างกาย

โดยทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ความเหมาะสมของการแต่งกาย สุขภาพส่วนบุคคล การพักผ่อน การนอนหลับ เป็นต้น

1.1.2 ด้านความคิดของผู้ป่วย

ประเมินความคิดหลงผิดและระดับความรุนแรงของความคิดหลงผิด

1.1.3 ด้านการรับรู้ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโดยประเมินอาการประสาทหลอน ลักษณะความถี่การตอบสนองต่ออาการประสาทหลอนและแนวโน้มการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น

1.1.4 สำหรับผู้ป่วย

จิตเภทที่มีอาการทางลบควรได้รับการประเมิน

ลักษณะอาการทางลบ เนื่องจากอาการทางลบส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีการสื่อสารบกพร่อง การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง เฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายและไม่มีประสบการณ์ของความสุขและแยกตัวจากสังคม

1.1.5 ด้านความร่วมมือ

ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การยอมรับ การตระหนักถึงความเจ็บป่วย อาการทางจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยา ความสามารถของผู้ป่วยในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและประโยชน์ของการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา (วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2560)

1.2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โดยเฉพาะปัจจัยสาเหตุ การสังเกตอาการที่ทำให้โรคกำเริบและกลับเป็นซ้ำ (สมภพ เรืองตระกูล, 2557)

1.3 ประเมินปัญหาที่มีความยุ่งยาก

ซับซ้อน เช่น ประวัติการใช้สารเสพติด ความขัดแย้งและสัมพันธภาพในครอบครัวรวมทั้งระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น พฤติกรรมทำร้ายตนเอง โรคร่วมทางจิตเวชเป็นต้น เพื่อให้การดูแลในกรณีที่เร่งด่วนได้ (สายฝน เอกวางกูร, 2563)

1.4 ประเมินทักษะทางสังคมต่าง ๆ เช่น

สัมพันธภาพกับผู้อื่นและครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรม และความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2563)

1.5 ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านและ

เครือข่ายสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมแยกตัว มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางสาธารณสุขมีส่วนช่วยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท (วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2560; สายฝน เอกวารางกูร, 2563; Pothimas et al., 2021)

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Herdman & Kamitsuru, 2021; Varcarolis, 2015) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการสงบ อาการโรคจิตยังคงมีอยู่แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มุ่งเน้นการฟื้นคืนสู่สุขภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพจิตที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน โดยแผนการพยาบาลในระยะยาวในชุมชน (วไลลักษณ์ พุ่มพวง, 2565; อรรถพรณ ลีอนุชราชชัย, 2556) ประกอบด้วย

1) ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การมาตรวจตามนัด

2) ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและบุคคลที่ใกล้ชิด

3) สนับสนุนการใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนและหน่วยงานใกล้บ้าน

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

4.1 การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย

4.1.1 ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค การรักษาและการจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา วิธีในการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำรวมทั้งการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางสุขภาพที่อาจส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบหรือกลับมาป่วยซ้ำ เช่น การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด (ขจิรัตน์ ปริกเอโก และ คณะ, 2559; สายฝน เอกวารางกูร, 2563)

4.1.2 กรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่เพิ่มมากขึ้นที่จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว การปฏิบัติการของพยาบาลจะใช้ความสม่ำเสมอในการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในแต่ละครั้งเพื่อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัยหรือผู้ป่วยพูดน้อยพยาบาลควรเลือกใช้คำพูดที่กระชับ เข้าใจง่าย และพูดซ้ำ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้น (เอกอุมา อัมคำ, 2564)

4.1.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน
1. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง เนื่องจากมีพฤติกรรมแยกตัว	<u>แยกตัวจากสังคม (Social Isolation)</u> อยู่คนเดียว ไม่สื่อสารกับใคร ไม่สมาคมกับผู้อื่น ไม่ยอมแสดงออกถึงความต้องการของตน แยกตัว ไม่ใส่ใจผู้อื่น <u>ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง (Impaired social interaction)</u> อยู่คนเดียว ไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามคำสั่ง
2. การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความผิดปกติของกระบวนการคิด	<u>การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective coping)</u> ไม่มีกำลังใจ รู้สึกหมดพลัง หมดไฟ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต <u>กระบวนการคิดผิดปกติ</u> ขาดความสามารถในการดูแลตนเองตามความจำเป็นพื้นฐาน
3. การดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากมีพฤติกรรมถดถอย/มีอาการด้านลบ/ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง/ไม่สนใจดูแลความสะอาดของร่างกาย	<u>การดูแลตนเองบกพร่อง</u> การอาบน้ำ/ความสะอาดของเสื้อผ้า/การแต่งกาย (self-care deficit: bathing/hygiene, dressing/grooming) ไม่สนใจในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม สุขภาพส่วนบุคคลบกพร่องในเรื่องการดูแลตนเอง การแต่งตัว การอาบน้ำ การแปรงฟัน แต่งกายไม่สะอาด
4. เสี่ยงต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา/ขาดความตระหนักในการรักษา	<u>ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (Nonadherence)</u> ไม่ยอมรับรับประทานยาเนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วย รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา ไม่ไปรับการรักษาตามนัด ไม่ยินยอมที่จะไปรับการรักษา
5. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า/รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า/ป่วยทางจิตเรื้อรัง	<u>ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Loneliness)</u> แยกตัว ไม่คุยกับใคร สีหน้าเรียบเฉย ไม่สดชื่น รู้สึกเหงา อ้างว้าง ไม่มีความสุข เหมือนอยู่คนเดียว <u>รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าแบบเรื้อรัง (chronic low self-esteem)</u> พูดถึงตนเองไม่ดีทางเชิงลบ ไม่ภูมิใจในตนเอง รู้สึกต่ำต้อย ไร้ค่า ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น <u>เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (risk for self-directed violence)</u> มีความรู้สึกผิด มีประวัติความรุนแรงต่อตนเองหรือทำร้ายตนเอง อ่อนไหวอย่างมากต่อการดูหมิ่นดูแคลน

สามารถในการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและผู้อื่นโดยการฝึกทักษะทางสังคม เช่น การรับรู้ทางสังคมพื้นฐาน การสื่อสารระหว่างบุคคล กิจกรรมทางสังคม การผ่อนคลาย รวมทั้งการฟื้นฟูทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว การประกอบอาชีพ การเสริมหนุนศักยภาพของผู้ป่วยที่มีความสามารถ เป็นต้น (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

4.1.4 กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมหรือการเจ็บป่วยอย่างอื่น หรือปัญหาซับซ้อนร่วมด้วย ควรมีการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (สายฝน เอกวรารังกูร, 2563)

4.2 ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับญาติ/ผู้ดูแล

4.2.1 กรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีอาการสงบ

1) ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติเกี่ยวกับโรค อาการ การพยากรณ์โรค การปฏิบัติตามแผนการรักษา การสังเกตและการช่วยเหลือกรณี que ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยาที่รับประทาน การสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการก่อนมีอาการทางจิตกำเริบและแหล่งช่วยเหลือทางสังคมเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (ขจิรัตน์ ปริกเอโก และคณะ, 2559; สายฝน เอกวรารังกูร, 2563)

2) ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

รวมทั้งฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

3) เข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (ขจิรัตน์ ปริกเอโก และคณะ, 2559)

4.2.2 กรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีอาการทางจิตกำเริบ

1) กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นดูแลจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ได้แก่ การให้ความเป็นจริง ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ควรใช้การดำเนินผู้ป่วย (อจรรพร สิริหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

2) เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านหรือทะเลาะหรือด่าว่าผู้อื่น ดูแลช่วยเหลือไกล่เกลี่ยความขัดแย้งที่เกิดขึ้น (ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ, 2560)

3) หากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีตรรกะหรือการถูกรังเกียจ ดูแลให้ผู้ป่วยนึกถึงความเป็นจริงและอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจลักษณะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นเพื่อให้เกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วย (ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ, 2560)

4) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยขาดยา ใช้สารเสพติด มีอาการหลงผิดมีอาการหูแว่วอยู่ในภาวะอารมณ์โกรธรุนแรง โดยมีสัญญาณเตือนที่ก่อนการ

มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น พุดหยาบคาย หงุดหงิด ตาขวาง สายตาไม่เป็นมิตร กระสับกระส่าย ไม่นอน เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ การจัดการอาการในเบื้องต้นให้เรียกชื่อผู้ป่วยด้วยเสียงที่นุ่มนวล การพูดคุยให้ เว้นระยะห่างและคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้น ควรเว้นระยะห่างและขอความช่วยเหลือจาก อพปร. ตำรวจ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (ขจิรัตน์ ปริกเกโก และคณะ, 2559; ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2563)

4.3 ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคม

4.3.1 ระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะเริ่มจากแพทย์ผู้ทำการรักษาประเมินการบำบัดรักษาก่อนจำหน่ายพยาบาลและทีมสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช รพช./รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขร่วมกับ อสม. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันรวมทั้งการรับประทานยา การประเมินอาการและดูแลช่วยเหลือตามบริบทของพื้นที่ กรณีที่พบว่าผู้ป่วยอาการไม่สงบดำเนินการปรึกษา/ส่งต่อตามระบบในพื้นที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช รพช./รพท./ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

4.3.2 กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางจิตเวช เช่น มีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายผู้อื่นหรือมีภาวะวิกฤตทางกายร่วมด้วย การให้บริการในภาวะวิกฤตสามารถให้บริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป หรือการให้บริการจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการฝึกที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2563)

4.3.3 ให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัวในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาทางจิตเวชที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น clozapine หรือมีอาการรุนแรงสามารถรายงานความผิดปกติตามระบบติดตาม (มันทนา กิตติพิรัช และคณะ, 2560)

5.การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Evaluation)

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลจะดำเนินการประเมินผลตามลักษณะอาการเด่นชัดของอาการทางลบ จึงจำเป็นต้องนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ตั้งแต่การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจสภาพจิต การใช้แบบประเมินต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและประเมินผลตามเกณฑ์ ทั้งนี้การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยควรคำนึงถึงความเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกันในเรื่องสภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556)

บทสรุป

อาการทางลบในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็น

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน ซึ่งอาการดังกล่าว ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สิ่งสำคัญของการดูแลผู้ป่วยคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นพื้นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองให้มากที่สุดโดยอาศัยการดูแลของครอบครัว และชุมชนพยาบาลจำเป็นจะต้องมีความรู้ ทักษะและใช้กระบวนการพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในการจัดการและดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.ดร.วิภาศิริ นราพงษ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะและแนวทางในการเขียนบทความฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นและขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ที่สนับสนุนการเขียนบทความทำให้สามารถดำเนินสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564*. บริษัทละม่อม จำกัด.
กัญญา ศรีตะวัน และ รัชนิกร อุปเสน. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก* [ฉบับพิเศษ], 18, 308-314.

กาญจนา เหมะรัต, วิภาวี เผ่ากันทราร, และ สุชาดา พุฒนสาร. (2555). การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 26(2), 1-15.
ขจิรัตน์ ปริกเอโก, เบญจมาศ พงกษณานนท์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, ชาลิมาศ ดันสุเทพวิรวงศ์, และ ประณิด ชุ่มพุทรา. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิภา จิระแพทย์, และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 52-65.
ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข, และ ศุภรใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2*. โครงการสวัสดิการทางวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. ชิดชนก โอภาสวัฒนา. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเสี่ยงรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
ธนา นิลชัยโกวิท, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นออนงค์, และ พิเชฐ อุดมรัตน์. (ม.ป.ป.). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. บริษัท แจนเซน-ซีแอล จำกัด.
นันทวัช ลิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาภิรมย์, สุพร อภินันทเวช, และ พนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
นุสรา นามเดช, ดวงดาว อุบลรัมย์, และ นงการ รางแดง. (2565). ปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(2), 1-15.
ปาทานนท์ ขวัญสนิท และ มานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 50-62.
ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2563). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ดีไซน์ ปรีนทร์มีเดีย จำกัด.

- พิชามญช์ อินทพุด. (2564). การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช. วนิดาการพิมพ์.
- ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ. (2560). การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. สมาร์ท โคตดิ่ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
- มันชนา กิตติพิรชด, ปัทมา ศิริเวช, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, และ วีร์ เมฆวิสัย. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์) (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท วิกทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4).
- ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องศิริมาศ, และ อติศยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2559). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ *Psychiatric Nursing*. ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2565, มกราคม). รายงานสถิติประจำปี 2564 โรงพยาบาลศรีธัญญา. <https://www.srithanya.go.th/index.php/th/2014-06-16-06-54-11>
- วไลลักษณ์ พุ่มพวง. (2565). การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช *Psychiatric nursing practice*. ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรินทร์ วุฒิธฤต. (2560). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 1-12.
- ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และ ขนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 68-76.
- ศิรินันท์ ลีทองคำ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. *วารสารพยาบาลทหารบก [ฉบับพิเศษ]*, 19, 459-467.
- ศิริลักษณ์ ประม. (2561). ผลของโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/61274/1/5874070230.pdf>
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V (พิมพ์ครั้งที่ 10). โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สายฝน เอกวางกูร. (2563). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 6) สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สาวณี คลังคา, ลัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล, และ อรุณณิ ใจเที่ยง. (2565). การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 31-41.
- สินีย์ ประเสริฐยศ, วันดี สุทธรังษี, และ ฉนวนศรี อินทนนท์. (2558). ความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 101-118.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโสทร, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, สุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และ วีร์ เมฆวิสัย. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัทวิกทอเรียอิมเมจ.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อุษา ล้มซั่ว, และ สุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (*Acute Care*) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1, M2) ฉบับทดลองใช้. บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- หงษ์ บันเทิงสุข และ จินตนา ชูนิพันธุ์. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/10438/1/Hong.pdf>

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 5). บริษัท. พรินท์ (1991) จำกัด.

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทร, และ วาวิรัตน์ ถาน้อย. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอกอุมา อิมคำ. (2564). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: การประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Black, D.W. (2020). Negative symptoms of schizophrenia: An update. *Current Psychiatry*, 19(10), 24-25,30-33,53.

Cerveri, G., Gesi, C., & Mencacci, C. (2019). Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia: update and proposal of a clinical algorithm. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 1525–1535.

Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519-534.

Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clinical psychology review*, 33(8), 914–928.

Galderisi, S., Mucci, A., Dollfus, S., Nordentoft, M., Falkai, P., Kaiser, S., Giordano, G. M., Vandevelde, A., Nielsen, M. Ø., Glenthøj, L. B., Sabé, M., Pezzella, P., Bitter, I., & Gaebel, W. (2021). EPA guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry*, 64(1), 1-23.

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Clasification, 2021-2023* (12th ed), Wiley Blackwell, Oxford.

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261–276.

Marder, S. R., & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), 14–24.

Phillips, M. R. (1996). Reliability of the SANS. *The American journal of psychiatry*, 153(1), 138–139.

Pothimas, N., Tungpunkom, P., Kanungpiarn, T., & Hannes, K. (2021). Experiences of Medication Adherence Among People with Schizophrenia: A Qualitative Systematic Review. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(2), 229–241.

Sicras-Mainar, A., Maurino, J., Ruiz-Beato, E., & Navarro-Artieda, R. (2014). Impact of negative symptoms on healthcare resource utilization and associated costs in adult outpatients with schizophrenia: a population-based study. *BMC psychiatry*, 14, 225.

Varcarolis E. M. (2015). *Manual of psychiatric nursing care planning: assessment guides diagnoses Psychopharmacology* (5th ed.). Elsevier.

World Health Organization. (2022, January 10). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>