



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิต ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*

ศิริพร บุณกุลกิจการ**

จินห์จุฑา ชัยเสนา ตาลาส***

ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์***

เวทิส ประทุมศรี****

บทคัดย่อ

พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยปกป้องหลากหลายปัจจัย การวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 97 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การมองโลกในแง่ดี ทศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89, .81, .94, .87, .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 62.53 (SD=10.85) จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า การมองโลกในแง่ดี ทศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.69$, $r=.33$, $r=.41$, $r=.43$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษา บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับปัจจัยปกป้องพลังสุขภาพจิต คือ การมองโลกในแง่ดี ทศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดความเครียด เพิ่มความทนทานต่ออารมณ์ทางลบ เกิดขวัญและกำลังใจ และสามารถจัดการกับปัญหาได้

คำสำคัญ: ปัจจัยปกป้อง; พลังสุขภาพจิต; ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, e-mail: moohnare.kok@gmail.com

*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** โรงพยาบาลพุทธโสธร



Relationships between Protective Factors and Resilience among Schizophrenia Caregivers*

Siriporn Buranakunkitan**

Jinjutha Chaisena Dallas***

Pornpat Hengudomsu****

Wetid Pratoomsri****

Abstract

Resilience of Schizophrenia caregivers is associated with a variety of protective factors. This descriptive correlational research study aimed to examine the resilience of caregivers of schizophrenia patients and its relationships with optimism, attitudes toward schizophrenia patients, ability to care for schizophrenia patients, social support, and their resilience. The participants consisted of 97 schizophrenia caregivers who lived in Nonthaburi Province. The research instrument consisted of a questionnaire collecting information on 1) personal characteristics, 2) optimism, 3) attitudes toward schizophrenia patients, 4) ability to care for schizophrenia patients, 5) social support, and 6) resilience. The Cronbach's alpha coefficients of these questionnaires were .89, .81, .94, .87, and .89. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation coefficient.

The results revealed that the resilience of caregivers was at a normal level (mean=62.53, SD= 10.85). Optimism, attitudes toward schizophrenia patients, ability to care for schizophrenia patients, and social support, had significantly positive correlations with resilience at the significance level of .001 ($r=.69$, $r=.33$, $r=.41$, $r=.43$, respectively).

The findings suggest that health care providers should support caregivers of schizophrenic patients to develop protective factors of resilience for which these factors include optimism, attitudes toward schizophrenic patients, ability to care for schizophrenic patients, and social support. This may help caregivers alleviate their stress, increase tolerance of negative emotions, and retain their morale in order to manage their problems.

Keywords: protective factors; resilience; caregivers of schizophrenia.

*Master Thesis, Master of Mental Health and Psychiatric Nursing, Burapha University

**Master student of Mental Health and Psychiatric Nursing, Burapha University, e-mail: moohnare.kok@gmail.com

*** Faculty of Nursing Burapha University.

**** Budthasothorn Hospital.



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย จากสถิติรายงานของกรมสุขภาพจิตพบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ แบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนมากในปี พ.ศ.2556-2558 มีจำนวน 1,109,183 ราย, 1,082,407 ราย, และ 1,070,206 ราย ตามลำดับ¹ ผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 50 จะมีความบกพร่องในหน้าที่และมีบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยพบมากที่สุดเมื่อป่วย 5 ปีขึ้นไป² ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพจิตปัจจุบันมีนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุด ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง คือ ประมาณ 3-4 สัปดาห์³ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัว ผู้ดูแลหลัก (Caregiver) จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน สนับสนุนการทำกิจกรรมทางสังคม ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและอาการกำเริบเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมรอบข้าง ผู้ดูแลจึงต้องแบกรับภาระการดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ สามารถดำรงชีวิตหรือประกอบอาชีพได้ตามความสามารถ⁴

ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลเสียสมดุลทั้งเรื่องสุขภาพกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และชุมชน ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลทำให้เกิดความอ่อนเพลีย ปวดศีรษะรับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด เสี่ยงต่อการเป็น โรคความดันโลหิตสูง⁴ ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ดูแลอาจเกิดอารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล หรือเกิดความกลัวจากพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่ไม่อาจคาดเดาได้ของผู้ป่วย นำไปสู่ความรู้สึกที่หมดหนทางหมดหวัง ท้อแท้และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าได้⁵ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง ทั้งจากค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัว รวมถึงภาระหนี้สิน ผลกระทบด้าน

สังคมภาระการดูแลทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพื่อกิจกรรมทางสังคม ขาดความเป็นอิสระในชีวิตส่วนตัว ผลกระทบด้านชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนอาจทำให้บุคคลรอบข้างในชุมชนหวาดกลัวและไม่มั่นใจในความปลอดภัย ผู้ดูแลจึงต้องคอยระมัดระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเป็นอันตราย⁴ การเผชิญกับผลกระทบในด้านต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญอุปสรรค ความยากลำบากในบทบาทการดูแลรวมถึงด้านอื่น ๆ ของชีวิตทำให้เสียสมดุลด้านกายอารมณ์และจิตใจจนส่งผลเสีย ต่อสุขภาพจิตตามมา

การรับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ความยากลำบากและฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งคุณลักษณะนี้เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรมีนั่นคือ พลังสุขภาพจิต⁶ ซึ่งประกอบด้วยพลัง 3 ประการ คือ พลังฮึด หมายถึง บุคคลมีความทนทานทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ยากลำบากต่างๆ ที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง พลังฮึด คือ การมีขวัญและกำลังใจที่จะฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคต่างๆ เกิดความกล้าที่จะลุกขึ้นมาต่อสู้เพื่อเอาชนะหรือไปสู่เป้าหมายที่ต้องการให้ได้ และประการสุดท้าย คือ พลังสู้ หมายถึงความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์วิกฤติ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีพลังสุขภาพจิตจะสามารถอดทนต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถปรับตัวได้ดีส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพ⁵ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพลังสุขภาพจิตจะมีความทนทานต่อความเครียดต่างๆ มีขวัญและกำลังใจจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลเป็นสิ่งที่น่าสนใจ เพราะเป็นปัจจัยทางบวกที่มีคุณลักษณะเฉพาะที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเผชิญเหตุการณ์วิกฤติได้ดียิ่งขึ้น ทำให้เกิดกระบวนการเยียวยา



จนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต และลดผลกระทบทางลบจากการปรับตัวต่อปัญหา⁷⁻⁸ ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยปกป้องภายในตัวบุคคล คือ การมองโลกในแง่ดี ทศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยปกป้องภายนอกตัวบุคคล คือ การสนับสนุนทางสังคม

การมองโลกในแง่ดีเป็นความสามารถของบุคคลที่จะวางความคาดหวังต่ออนาคตในเชิงบวก โดยบุคคลเชื่อและมีความหวังว่าตนสามารถไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ และจะใช้ความพยายามที่จะถึงเป้าหมายนั้น จะมองความเป็นไปในอนาคตและคาดหวังในเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ จึงมีอิทธิพลทางบวกต่อบุคคลต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจและกระบวนการคิด ส่งผลต่อมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางบวกทั้งเรื่องสุขภาพ การทำงาน และการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกันในสังคม⁹ มีการศึกษาเรื่องการมองโลกในแง่ดี อารมณ์ทางด้านบวกและอารมณ์ทางด้านลบในบุคคลวัยกลางคน พบว่า การมองโลกในแง่ดีและอารมณ์ทางด้านบวก มีผลต่อการปรับตัวทางจิตวิทยาและลดอาการของโรคซึมเศร้าได้¹⁰ ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการมองโลกในแง่ดี จะช่วยส่งเสริมมุมมองด้านบวกต่อปัญหาและสิ่งที่เผชิญ คาดหวังผลในทางบวก ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับชีวิตได้อย่างมีจุดหมาย มีความหวัง สามารถปรับตัวต่อความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยปกป้องหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิต

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอีกปัจจัยปกป้องหนึ่งที่น่าสนใจ เพราะทัศนคติเป็นความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดในการตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะทางบวก คือ ความชอบ พึงพอใจ สนใจ อยากที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ และทางลบ จะแสดงออกในลักษณะ ความเกลียด ไม่พึงพอใจ ไม่สนใจ อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายหรือต้องการหนีห่างจากสิ่งที่เผชิญอยู่ ถ้าผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท จะเข้าใจสภาพอาการของโรค ความบกพร่องของผู้ป่วยและยอมรับได้ ทำให้ลดความคาดหวังที่ก่อให้เกิดความเครียดและ

ความทุกข์ มีการศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกในด้านบวกต่อผู้ป่วย จะเห็นใจ เข้าใจ ยอมรับผู้ป่วยและกระทำในบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้ดี¹¹ ดังนั้นการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลจึงน่าจะเป็นปัจจัยปกป้องหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิต

ความสามารถของผู้ดูแลตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem) เป็นความสามารถของผู้ดูแลที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยผู้ดูแลจะสนใจเอาใจใส่ รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลจนส่งผลต่อความผาสุกของบุคคลที่ต้องพึ่งพา¹² มีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต พบว่า สมรรถนะหรือความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต¹³ และการศึกษาข้างเคียงพบว่า ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น จนส่งผลต่อความผาสุกของผู้ดูแล¹⁴ ยังไม่พบการศึกษาเรื่องความสามารถในการดูแลต่อพลังสุขภาพจิต ถึงอย่างไรก็ตาม ความสามารถในการดูแลน่าจะเป็นปัจจัยปกป้องอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

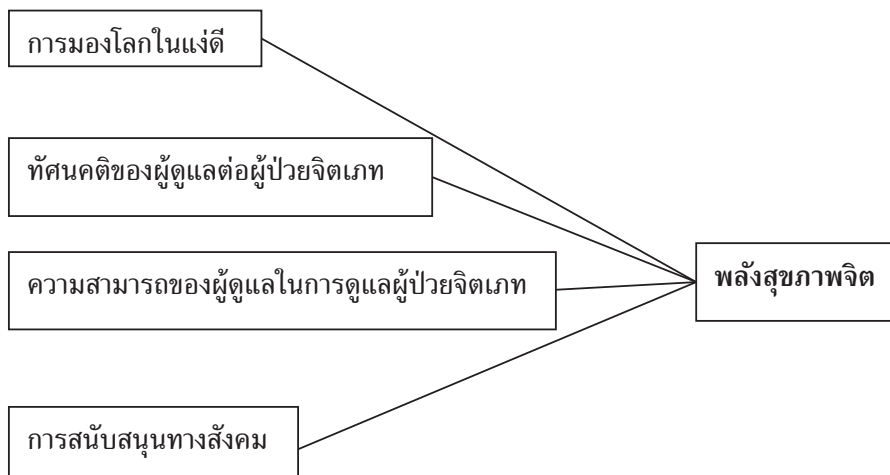
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นแหล่งประโยชน์ความช่วยเหลือ ประคับประคองและสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมต่างๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนมี 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹⁵ และการศึกษาข้างเคียงในต่างประเทศ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ดูแลสูงอายุสมองเสื่อม มีการรับรู้ความเป็นภาระการดูแลน้อยลงและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิต¹⁶ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็น



ปัจจัยปกป้องหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้เล็งเห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาภายหลังจากภาระการดูแลที่ต่อเนื่อง การมีพลังสุขภาพจิตจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อการเผชิญความยากลำบากและเยียวยาจิตใจได้ดีขึ้น แต่พบว่าการศึกษถึงปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิตยังมีน้อย ดังนั้น

งานวิจัยนี้ จึงสนใจศึกษาปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิตภายในตัวบุคคล คือ การมองโลกในแง่ดี ทักษะคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายนอกตัวบุคคล คือ การสนับสนุนทางสังคม จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปสิ่งที่งานวิจัยต้องการศึกษาดังกรอบแนวคิดนี้



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทักษะคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และหาความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ทักษะคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ขึ้นทะเบียนไว้ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 138 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ดูแลอายุตั้งแต่ 25-59 ปี เป็นเพศหญิงหรือเพศชายอยู่ในครอบครัว ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตรและญาติ หรือความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใดๆ



3. สามารถเข้าใจภาษาไทย พูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดของเครซี่และมอร์แกน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. จัดทำทะเบียนรายชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 8 ตำบล ประกอบด้วย บางบัวทอง บางรักพัฒนา โสนลอย บางรักใหญ่ บางครุฑ ละครหาร ลำโพ พิมลราช

2. จัดทำลากลากตามหมายเลขรายชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนำมาใส่กล่องรวมกัน ผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากขึ้นมาทีละหมายเลขแบบไม่ใส่คืนจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โรคประจำตัวระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประวัติจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาเจ็บป่วยของโรคจิตเภท การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

2. แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี ของสุมาลินี มธูรพจน์พงศ์¹⁷ ซึ่งแปลมาจากแบบวัด (The Life Orientation Test-Revised : LOT-R) ของ Scheier and Carver¹⁸ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale ตั้งแต่ ตรง (5) ค่อนข้างตรง (4) ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน (3) ค่อนข้างไม่ตรง (2) ไม่ตรง (1) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของ

งานวิจัยและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทของรัชนี ไพธสวัสดิ์¹¹ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของงานวิจัยและมหาวิทยาลัยนเรศวร

4. แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนิศากร แก้วพิลา¹⁹ สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Orem¹² จำนวน 44 ข้อ ประกอบด้วย 10 ด้าน คือ (1) ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในฐานะผู้ดูแลรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่สำคัญสำหรับการดูแล (2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง (3) ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (5) ด้านแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายที่ส่งผลต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก (6) ด้านความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ (7) ด้านความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากผู้รู้ ผู้ชำนาญ การคงไว้ซึ่งความรู้และนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้ (8) ด้านทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (9) ด้านความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (10) ด้านความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่องและผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว และ



ชุมชน ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 3 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale ตั้งแต่เห็นด้วย (3) เห็นด้วยบ้าง (2) ไม่เห็นด้วย (1) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของงานวิจัย และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Cobb²⁰ และ Schaefer²¹ ของเทียนทอง ทาระบุตร¹⁵ จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเงินสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale ตั้งแต่ ตรงมากที่สุด (5) ตรงมาก (4) ตรงปานกลาง (3) ตรงน้อย (2) ตรงน้อยที่สุด (1) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของงานวิจัยและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต⁶ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ ด้านการจัดการกับปัญหา ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 4 ระดับ ตามแบบของ Likert Scale ตั้งแต่จริงมาก (4) ค่อนข้างจริง (3) จริงบางครั้ง (2) ไม่จริง (1)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่าแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพลังสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89, .81, .94, .87, และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เก็บข้อมูลพร้อมทั้งแนบเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน

สุขภาพจิตและอาสาสมัครสาธารณสุขนำลงพื้นที่เพื่อพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและวิธีการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งการลงนามยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-31 กรกฎาคม พ.ศ 2559 ได้แบบสอบถามสมบูรณ์ครบถ้วน 97 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม อธิบายถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ซึ่งจะมีผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล และจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัย 1 ปี ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุถึงตัวตนผู้ตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ที่จะตอบแบบสอบถาม สามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลเสียใดๆ ทั้งสิ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมในเอกสารการยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา เพื่อแสดงจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์พลังสุขภาพจิตและปัจจัยปกป้อง โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิต โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีจำนวน 97 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.00 เพศชาย



ร้อยละ 34.00 มีอายุระหว่าง 50-59 ร้อยละ 58.80 รองลงมา อายุระหว่าง 40-49 ร้อยละ 26.80 สถานะภาพสมรสของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 50.50 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 25.80 จบการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.50 รองลงมา มัธยมศึกษา ร้อยละ 28.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.30 รองลงมา ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 32.00 และมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 48.50 รองลงมา ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน ร้อยละ 38.10 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่ ร้อยละ 42.30 รองลงมา เป็นพี่น้อง ร้อยละ 30.90 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.30 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 6-10 ปี

ร้อยละ 30.00 รองลงมา 1-5 ปี ร้อยละ 24.70 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 42.30 รองลงมาคือ 4-6 ครั้ง ร้อยละ 22.70 การรักษของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ เป็นยาชนิดรับประทาน ร้อยละ 55.70 รองลงมา เป็นยาชนิดรับประทานและยาชนิดฉีด ร้อยละ 39.20

2. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ย 62.53 (SD=10.85) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา อยู่ในระดับปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน (n = 97)

พลังสุขภาพจิต	Mean	SD	แปลผล
ด้านความทนทานทางอารมณ์	30.67	4.81	ปกติ
ด้านกำลังใจ	16.37	2.98	ปกติ
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.49	3.06	ปกติ
โดยรวม	62.53	10.85	ปกติ

3. ปัจจัยปกป้องของพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ 3.20 (SD=6.28) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 4.01 (SD=5.91) อยู่ในระดับสูง ค่าคะแนน

คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 2.50 (SD=13.49) อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 3.41 (SD=16.67) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยปกป้องของพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยปกป้อง	Mean	SD	แปลผล
การมองโลกในแง่ดี	3.20	6.28	ปานกลาง
ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท	4.01	5.91	สูง
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล	2.50	13.49	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	3.41	16.67	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.69$, $r=.33$, $r=.41$, $r=.43$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิต

ปัจจัยปกป้อง	พลังสุขภาพจิต	p-value
การมองโลกในแง่ดี	.69	.000
ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท	.33	.004
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล	.41	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.43	.000

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพลังสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

1. พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 62.53 (SD=10.85) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปกติ อธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากการมีปัจจัยปกป้องที่ส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิต ดังที่จะอภิปรายในส่วนถัดไป ประกอบกับผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็น พ่อ/แม่ กับผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 42.30 นอกนั้นเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความผูกพันทางสายเลือดส่ง

ผลให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ด้วยความเต็มใจ มองว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของตนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงพยายามปรับจิตใจให้สมดุลเพื่ออยู่กับภาระหน้าที่นั้น เมื่อพิจารณาเรื่องระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 6 ปี ขึ้นไป ถึงร้อยละ 75.20 ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลและปรับตัวต่อปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ จนเกิดพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า ระยะแรกของการดูแล ความเครียดของผู้ดูแลจะสูงขึ้น แต่เมื่อผ่านพ้นการดูแลไปในระยะเวลา ยาวนานขึ้น ประสบการณ์ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาตนเอง และยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้มีความเครียดลดลง²² ผลการวิจัยของการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย



จิตเภทในชุมชนพบว่าระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7¹⁵

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย การมองโลกในแง่ดี ทศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.69$, $r=.33$, $r=.41$, และ $r=.43$ ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่า การมองโลกในแง่ดี ทำให้ผู้ดูแลมองปัญหาและสิ่งที่เผชิญในทางบวก จึงคาดหวังผลในอนาคตที่เกิดขึ้นในทางบวกเช่นกัน เกิดความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ เชื่อมั่นความสามารถในการควบคุม และรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมถึงใช้ชีวิตด้วยความหวัง จนสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้ดีขึ้น มีกำลังใจที่จะฝ่าฟันอุปสรรคจนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต

สอดคล้องกับการศึกษาข้างเคียงเรื่องการมองโลกในแง่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าทำให้อารมณ์ทางลบลดลง มีความทนทานทางอารมณ์ สามารถปรับตัวและมีสุขภาพดีขึ้น²³ และการมองโลกในแง่ดี สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบที่จะช่วยเหลือนครบครว้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถเผชิญกับความเครียดและสามารถจัดการกับปัญหาได้²⁴ ถึงอย่างไรก็ตามไม่พบการศึกษาที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับพลังสุขภาพจิตโดยตรง แต่จากผลการวิจัยนี้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยปกป้องหนึ่งที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของบุคคล¹¹

ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท เป็นอีกปัจจัยปกป้องหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต อธิบายได้ว่าการมีทัศนคติที่ดีทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดมุมมองด้านบวกต่อผู้ป่วยและมีจิตสำนึกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยความรัก เห็นใจเข้าใจ ยอมรับ จึงสามารถปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ มีความทนทานต่อ

อารมณ์ทางลบของตนเองและมีขวัญกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย จนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกที่ดีในด้านบวก จะเห็นใจเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วยและกระทำในบทบาทดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีความสุขในการทำหน้าที่เกิดกำลังใจที่จะให้การดูแลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง¹¹

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต อธิบายได้ว่าผู้ดูแลมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.30 ระยะเวลาที่ยาวนานเป็นช่วงเวลาที่ใช้ประสบการณ์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยของตนเองจนเกิดเป็นความเชื่อมั่น ลงมือปฏิบัติจนเกิดเป็นทักษะ และกลายเป็นความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยพบความสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem) ที่กล่าวว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิตของผู้ดูแล จากการสั่งสมระยะเวลาในการเรียนรู้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เมื่อวันเวลาผ่านไปทำให้บุคคลได้เรียนรู้จากประสบการณ์จนพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น⁸ สอดคล้องกับงานวิจัยข้างเคียงพบว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และเชื่อในความสามารถของการจัดการตนเอง (Personal mastery) เป็นปัจจัยปกป้องของพลังสุขภาพจิตที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม²⁵ กล่าวโดยสรุปผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแล จะมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง เชื่อว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีสถานการณ์ยากลำบาก ผู้ดูแลจะใช้ความสามารถของตนเพื่อแก้ไขปัญหาจนบรรเทาเบาบางปัญหาลง เผชิญกับความจริง จนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต ดำรงอยู่ในบทบาทของผู้ดูแลได้

จากการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน บุคคลอื่นๆ จนได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์



การยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ รวมถึงข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของสจ๊อต (Stuart Stress Adaptation Model: SSAM)²⁶ กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา (Coping resources) ที่สำคัญช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้บุคคลปรับตัวได้และมีสุขภาพจิตดี จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่า การสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อความเครียด จัดการกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลได้ดีขึ้น ไม่มองภาระการดูแลเป็นความทุกข์ สามารถปรับตัวและเยียวยาจิตใจตนเองได้ดีขึ้น จนเกิดเป็นพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถเลือกใช้กลวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และปรับตัวได้จนลดภาระและความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท²² และผลการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่รับผิดชอบงานในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดปัจจัยปกป้องทางบวก ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตที่จะเป็นภูมิคุ้มกันต่อความเครียดและการเผชิญปัญหา จนเกิดการปรับตัวต่อสถานการณ์ยากลำบากได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการวิจัย นักวิจัยทางการพยาบาลและด้านอื่นๆ ควรมีการต่อยอดวิจัยเชิงทำนายในเรื่องปัจจัยปกป้องต่อพลังสุขภาพจิต เพื่อการศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรต่างๆ รวมถึงการพัฒนางานวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น

References

1. Department of Mental Health. Report Department of Mental Health [internet]. [cited 2016 December 20]. Available from: <http://wwwdmh.moph.go.th/main.asp>.
2. Laytrakul M, Sukkhan P. Schizophrenia and other psychiatric disorders. 2th ed Bangkok: Beyond Enterprise; 2552. (in Thai).
3. Udomrat P, Wikansanont S. Schizophrenia Textbooks. Songkhla: Suburban printing; 2552. (in Thai).
4. Chou KR. Caregiver burden: A concept analysis. Journal of Pediatric Nursing. 2000;15(6):389-407.
5. Zauszniewski JA, Bekhet AK. Resilience in family members of persons with serious mental illness. Nursing Clinics of North America. 2011;45:770-80.
6. Department of Mental Health. Change bad thing become good: Resilience quotient. [internet]. [cited 2015 December 12]. Available from: <http://wwwdmh.moph.go.th/main.asp>.
7. Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: Analysis of the concept. Archives of Psychiatric Nursing. 1996;10:276-82.
8. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health. 1993;14:598-611.
9. Carver CS, Scheier MF. Dispositional optimism. Trends in Cognitive Sciences. 2014;18, 293-9.
10. Chang EC, Lawrence S.J. Optimism pessimism and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of cognitive affective model of psychological adjustment. Psychology and Aging 2011;16:524-30.



11. Praisawat R. Family member role for home care of schizophrenia patients. [Thesis]. Phitsanulok: Naresuan Univerity; 2007. (in Thai).
12. Orem DE. Nursing concept of practice. 6th ed. St.Louis: Mosby-year book; 2001.
13. Kumpfer Karol L. Factors and processes contributing to resilience the resilience framework. resilience and development: Positive Use Adaptation, edited by Glantz and Johnson. Kluwer Academic Pienum Publishers New York. Nursing Forum.1999;42(2) 73-82.
14. Khueanman I. Mental health and dependent-care agency among mothers of autistic children. [Thesis]. Nakhon Ratchasima: Nakhon ratcha sima rajanagarindra psychiatric hospital; 2004. (in Thai).
15. Harabuttra T. Selected factors related to resilience quotient of schizophrenic patients caregiver in community. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai).
16. Scott EW, Beth C. Perceived stress and resilience in Alzheimer,s Disease caregiver : Testing moderation and mediation models of social support. Aging & mental Health.Does 2008;12 (3)357-65.
17. Maturapodpong S. Hope, optimism, and resilience as predictors of performance, job satisfaction, work happiness, and organizational commitment. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai).
18. Scheirer MF, Carver CS. Optimism, Coping and health: Assessment and implication of generalized outcome expectancies. Health Psychology.1985;4:219-47.
19. Kaewpila N. Dependent care ability among caregivers of persons with schizophrenia in relative participatory care project at Suanprung Psychiatric Hospital. [Thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2008. (in Thai).
20. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 1976;38:300-11.
21. Schaefer C, Coyne JC. The health related functions of social support. Journal of Behavioral medicine 1981;4:381-406.
22. Glubvong M. Factors affecting burnout and care behavior of caregivers of schizophrenia patients. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
23. Lopez J, Romero-Moreno R, Marquez-Gonzalez M, Losada A. Anger and health in dementia caregiver: Exploring the mediation effect of optimism stress & health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress 2015;31:158-65.
24. Grant C, Ballard ED, Olson-Madde, Jennifer H. An Empowerment approach to family caregiver involvement in suicide prevention: Implications for practice. Family Journal. 2015;23:295-304.
25. Harmell AL, Chattillion EA, Roepke SK, et al. A review of the psychobiology of dementia caregiving: A focus on resilience factors. Current Psychiatry Reports. 2011;13:219-24.
26. Stuart GW. Principles and practice of psychiatric nursing. 9th ed. St.Louis: Elsevier Mosby-year book; 2009.