



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



โชคพิพัฒน์ แสงรักษา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



โชคพิพัฒน์ แสงรักษา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTOR INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS CARING FOR PATIENTS
WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY
2024
COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ โชคพิพัฒน์ แสงรักษา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบ
เกษร)

(ศาสตราจารย์ ดร.อรรธรณ แก้วบุญชู)

กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบ
เกษร)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชญชิตาคุณฎี ทูลศิริ)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิหวัธ แจ่มเอี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63920121: สาขาวิชา: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท

โชคพิพัฒน์ แสงรักษา : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (FACTOR INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS CARING FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนิดดาแบบเกษร, ปร.ด., ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ปร.ด. ปี พ.ศ. 2567.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามภาระในการดูแล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .81, .85, .94, .95 และ.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 85.71 (SD = 16.38) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาระในการดูแลผู้ป่วย ($\beta = -.302, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .276, p < .002$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 19.3 ($R^2 = .193, F_{(2, 107)} = 12.79; p < .05$)

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม และลดภาระในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

63920121: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: Quality of life, caregiver, schizophrenia

CHOKPIPAT SANGRAKSA : FACTOR INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS CARING FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY. ADVISORY COMMITTEE: CHANUDDA NABKASORN, Ph.D. DUANGJAI VATANASIN, Ph.D. 2024.

The objectives of this predictive correlational research were to study the quality of life and its predictive factors among caregivers caring for patients with schizophrenia. The subjects were 110 caregivers who care for schizophrenia patients in the community, Ubon Ratchathani province. Simple random sampling was used to select the sample. There were 6 questionnaires used to collect data: 1) Demographic data, 2) sense of coherence questionnaire, 3) health status questionnaire, 4) caregiver burden questionnaire, 5) social support questionnaire and quality of life questionnaire. Their Cronbach's alpha coefficients were .81, .85, .94, .95, and .95 respectively. Data were collected in October 2023. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were employed for data analyses.

The research findings revealed that the mean score of total quality of life was 85.71 (SD = 16.38) which was classified in a moderate level. Stepwise multiple regression analysis found that caregiver burden and social support could explain variance of the quality of life for 19.3 percent ($R^2 = .193$, $F_{(2, 107)} = 12.79$; $p < .05$). The strongest influencing factors was the caregiver burden ($\beta = -.302$, $p < .05$) followed by social support ($\beta = .276$, $p < .05$). Sense of coherence, health status and years of caring for patients were not significantly influenced quality of life in study.

Nurse and health professional could apply this study results as a baseline data for the development of intervention aimed at enhancing the quality of life of caregivers caring for patients with schizophrenia through promoting social support including decreasing caregiver burden.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัดดา แนบเกษร อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางอย่างถูกต้องและเป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความใส่ใจและให้ความปรารถนาดีแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำ วิทยานิพนธ์ ส่งผลให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ ในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง และรอง ศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ สนับสนุน และให้ กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่าง สูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปกป้องวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาประสิทธิ์ ประสาท ความรู้ และให้ข้อเสนอแนะจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ เจ้าหน้าที่งานบัณฑิตวิทยาลัยคณะพยาบาล เจ้าหน้าที่สำนักงานห้องสมุดและเจ้าหน้าที่งานจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ให้ความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนกระบวนการในการทำวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จ สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยและขอขอบใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณครอบครัวของข้าพเจ้า หัวหน้างานของข้าพเจ้า เพื่อนร่วมงานและ เพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุก ๆ ท่าน ที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจและคอย ช่วยเหลือ ด้วยความเอื้ออาทรเป็นอย่างยิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

โชคพิพัฒน์ แสงรักษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2	10
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. โรคจิตเภท (Schizophrenia).....	11
1.1 ความหมายของโรคจิตเภท	11
1.2 ลักษณะทางคลินิก การดำเนิน โรคและการวินิจฉัยโรค	12
1.2.1 ลักษณะทางคลินิก.....	12
1.2.2 การดำเนิน โรค.....	14

1.2.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท.....	16
1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท.....	17
1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors).....	17
1.3.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors).....	19
1.3.3 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors).....	21
1.4 การรักษาโรคจิตเภท.....	21
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	23
2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	23
2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	24
2.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	25
2.3.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	25
2.3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	27
2.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.....	30
2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	32
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	35
3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	35
3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	36
3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	39
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	41
4.1 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย.....	42
4.2 ความเข้มแข็งในการมองโลก.....	42
4.3 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	45
4.4 ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	47
4.5 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	49

บทที่ 3	53
วิธีดำเนินการวิจัย	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
ประชากร	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	58
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการวิจัย	62
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	63
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	67
ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	68
บทที่ 5	72
สรุปและอภิปรายผล	72
สรุปผลการวิจัย	72
อภิปรายผลการวิจัย	73
ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้	78
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	78
บรรณานุกรม	79
ภาคผนวก ก	89
ภาคผนวก ข	103
ประวัติย่อของผู้วิจัย	105

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 110).....	63
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 110).....	67
ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n=110).....	67
ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 110).....	68
ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n=110).....	70
ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 110).....	71

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม พบอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทประมาณ ร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 21 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทรายใหม่ได้ประมาณ 2 ล้านคนต่อปี (Sadock, 2005) ในประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของโรคจิตเภทได้ร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรีและคณะ, 2560) คิดเป็นสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1.1 และพบในช่วงอายุ 15-24 ปี จากรายงานของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการในสถาบัน และโรงพยาบาลที่สังกัดกรมสุขภาพจิต เฉลี่ย 55,811 คน คิดเป็นร้อยละ 21.04 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด มากเป็นอันดับ 1 ของการเจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2566 โดยมีสถิติของผู้ป่วยจิตเภทในปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2566 มีจำนวน 283,065 , 284,273 , 311,250 และ 299,771 ราย ตามลำดับและมีแนวโน้มสูงขึ้น สถิติของผู้ป่วยจิตเภทในเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2566 มีจำนวน 16,317 , 20,803 , 23,455 และ 28,383 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้น

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ป่วยแสดงออกด้วยลักษณะใบหน้าเฉยเมย มีอารมณ์ที่แตกต่างจากคนทั่วไป สัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง ไม่พูด และแยกตัวจากสังคม มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง การดำเนินโรคของจิตเภทแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องทางด้านความคิด สังคม หรือการเคลื่อนไหวในระดับเล็กน้อย 2. ระยะเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะไม่ดูแลตนเอง เริ่มมีพฤติกรรมแปลก ๆ อาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า เก็บตัว หมกมุ่น หวาดระแวง การแสดงออกของอารมณ์ลดลงหรือไม่เหมาะสม อาการเริ่มค่อยเป็นค่อยไปไม่แน่นอน โดยระยะนี้มักจะอยู่ระหว่าง 2-5 ปี 3.ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่มีอาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดเจน เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว วุ่นวาย ก้าวร้าว บางรายรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายสิ่งของ ซึ่งความรุนแรงของอาการในระยะนี้มักจะทำให้ญาติตัดสินใจพาผู้ป่วยมารับการรักษา และ 4. ระยะที่มีอาการหลงเหลือ (Residual phase) ผู้ป่วยอาจมีอาการประสาทหลอน หลงผิด หลงเหลืออยู่บ้าง แต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตไม่มากนัก หากไม่ได้รับ

การดูแลรักษาและฟื้นฟูอย่างดี ผู้ป่วยมักจะกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และมีความบกพร่องในด้านสังคม ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้าใจในระยยะต่างๆ ของโรค เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและลดภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ในระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยเริ่มมีความบกพร่องทางด้านความคิด สังคม หรือการเคลื่อนไหวในระดับเล็กน้อย การดูแลในระยยะนี้ควรมุ่งเน้นที่การสนับสนุนทางจิตใจและสังคมเพื่อป้องกันการพัฒนาเป็นโรคในระยะที่รุนแรง (McGorry et al., 2002) ในระยะเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะไม่ดูแลตนเอง เริ่มมีพฤติกรรมแปลกๆ อาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า เก็บตัว หงุดหงิด หวาดระแวง การดูแลในระยยะนี้ควรมุ่งเน้นที่การให้การสนับสนุนทางจิตใจ การให้คำปรึกษาและการเฝ้าระวังอาการ (Yung et al., 1996) ในระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่มีอาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดเจน เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว วุ่นวาย ก้าวร้าว บางรายรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายสิ่งของ การดูแลในระยยะนี้ควรเน้นที่การให้การรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม การเฝ้าระวังและการบำบัดเพื่อลดอาการและป้องกันการกำเริบของโรค (Lieberman et al., 2005) และในระยยะที่มีอาการหลงเหลือ (Residual phase) ผู้ป่วยอาจมีอาการประสาทหลอน หลงผิด หลงเหลืออยู่บ้าง แต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตไม่มากนัก การดูแลในระยยะนี้ควรมุ่งเน้นที่การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม รวมถึงการส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคม (Robinson et al., 2004) ดังนั้น การให้การสนับสนุนทั้งทางการแพทย์และทางจิตใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงและเรื้อรังโดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 30-34 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรงและยาวนาน รวมถึงมีอัตราการกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวช อาการทางคลินิกของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คืออาการด้านบวก ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ลักษณะการพูดหรือพฤติกรรมแปลกไปจากคนปกติ และกลุ่มอาการด้านลบ ผู้ป่วยมีอาการเฉยเมย พูดน้อย ไม่ยินดียินร้าย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเริ่มป่วยตั้งแต่วัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ซึ่งความเรื้อรังของโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลให้การช่วยเหลือจึงจะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ (วารภรณ์ สิ้นธุโสภา, 2561)

จากอาการทางจิตเวชดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องทางสังคม มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยขาดความสนใจ และแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสดังกล่าวกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคมากขึ้น ซึ่งการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต เป็นสาเหตุให้เกิดความเรื้อรังของโรค (พจนันท์ กาศสกุล, 2550) การกลับเป็นซ้ำและการเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อครอบครัว เป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล และต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รัชณี อุทัยพันธ์, 2556) และปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่มีรายได้จึงมีความจำเป็นจะต้องพึ่งพาคนในครอบครัวดูแล (สุวรรณ ชัน ทับ, 2554; อนันต์ศรี สมิทธิ์นราเศรษฐ, 2560) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องใช้เวลาในการทำงาน หยุ่งงาน หรืออาจออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย รวมถึงผลกระทบต่อประเทศชาติ โดยรัฐบาลต้องมีการะในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น และต้องสูญเสียรายได้จากผู้ดูแลที่ต้องหยุดงาน หรือออกจากงานด้วย (Ruane, Kuipers, & Bebbington, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมักมีอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ และมีอาการดำเนินของโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อยและยังพบปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชน (กชพร รัตนสมพร, 2558) โดยผู้ป่วยมักจะแสดงอาการทางด้านบวกหรือลบ และมีอาการป่วยซ้ำ รุนแรงจนต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้น ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลรับรู้และรู้สึกรู้สึกว่าเป็นภาระ (Moller-Leimkuhler, 2005) ขาดความเป็นอิสระไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคม เพราะทำให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลงไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ (Ip & Mackenzie, 1998) ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ สุขภาพเสื่อมโทรม ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางรายได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายและทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเศร้า ทุกข์ใจ เมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ (Kasamkitwattana S, 2014) และยังทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เกิดความคลุมเครือในบทบาทและมีความเหน็ดเหนื่อยส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ดูแลทำให้สุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลงและมีภาวะสุขภาพเปราะบางนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ (ชนัญดาคุณฤทิ์ ทูลศิริ และคณะ, 2554) ผลกระทบด้านร่างกายพบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ปวด

เมื่อตามร่างกาย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายทรุดโทรมลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ผลกระทบด้านจิตใจพบว่าผู้ดูแลมีความกังวลใจ เนื่องจากกลัวผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาและจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น หงุดหงิด โกรธ เมื่อหน่าย ท้อแท้ หมดกำลังใจ วิดกกังวลจนก่อให้เกิดความเครียดซึ่งมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ศรีสุดา วนาลิสิน และคณะ, 2546; สติชัย วงศ์สุรประกิจ, 2542; Baker, 1989) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวข้างต้นนั้นล้วนเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลใน ชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่อาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความ คาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 1996 ; สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้สภาพ ทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อ ชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรง ของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพ ทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของ ตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การได้รับรู้ว่าตนได้ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นใน สังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการ ดำเนินชีวิต มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การ คมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ บริการทางด้านสังคม การรับรู้ ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรม สันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยต่อ บุคคลอื่น สถานะภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โรคประจำตัวผู้ดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

ระยะเวลาในการดูแล เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ดูแลใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอาจมี ระยะเวลาเป็นวัน เดือน หรือเป็นปี เป็นปัจจัยที่บอกถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่จะสามารถ จัดการกับภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยและจะพัฒนาทักษะในการดูแล ได้ดีเมื่อเวลาผ่านไปเพื่อรักษาความ สมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานกว่าจะมี

ทักษะในการดูแลที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลที่น้อยกว่า (วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550) จากการศึกษาของ แพทย์หญิงอัมรา บุญสาหร่าย (2563) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภท ($r = .929$) ดังนั้นระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการรับรู้ความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล ภาระการดูแลเป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิง ปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกหรือการมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล จากการศึกษาที่ผ่านมา เอมิกา กลยนิและคณะ (2558) พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ($r = -.629$) การศึกษาของ นิพร ชัดตา (2561) พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r = -.524$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นภาวะที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี เป็นสิ่งเปลี่ยนแปลงสม่ำเสมอ และมีการปรับตัวเพื่อให้สู่ภาวะสมดุล (Anderson, 2005) การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตแตกต่างกันด้วย (กาญจนา ร้อยนาถ, 2550) ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตลอดทั้งวัน อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา เอมิกา กลยนิและคณะ (2558) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = .564$) การศึกษาของ จิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ (2562) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรีได้ ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้คน มีการมองและจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบได้ดี ซึ่งนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ และภาวะสุขภาพที่ดีนั้น จะมีผลต่อการประมาณค่าภาพรวมความผาสุกของบุคคล (Antonovsky, 1993) จากการศึกษาของเอมิกา กลยนิ (2558) พบว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการ

มองโลกสูง จะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวคือสามารถที่จะรับรู้และประเมินสถานการณ์การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวว่าเป็นสิ่งเร้าที่สามารถเข้าใจได้ สามารถจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ และมีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขมากกว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จากการศึกษที่ผ่านมา เอมิกา กลยนิและคณะ (2558) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ($r=.583$) การศึกษาของ กุลธิดา เรียงชาติ (2558) พบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจ ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักกีฬารักบี้ฟุตบอล ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลก จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้ สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแลได้ ส่งผลให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bengtsson-Top et al., 2001) การได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดและมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของ เฟื่องฟ้า ลีสวย (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ การศึกษาของเอมิกา กลยนิและคณะ (2558) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ ($r=.605$) การศึกษาของ นิพร ชัดตา (2561) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r = -.524$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นที่แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องได้รับการดูแลในชุมชนที่เพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีความเรื้อรังและอาจเกิดอาการกำเริบที่รุนแรงขึ้นของโรค จึงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กอปรกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังมีค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยในฐานะที่เป็น พยาบาลซึ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชน และพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
เภทในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

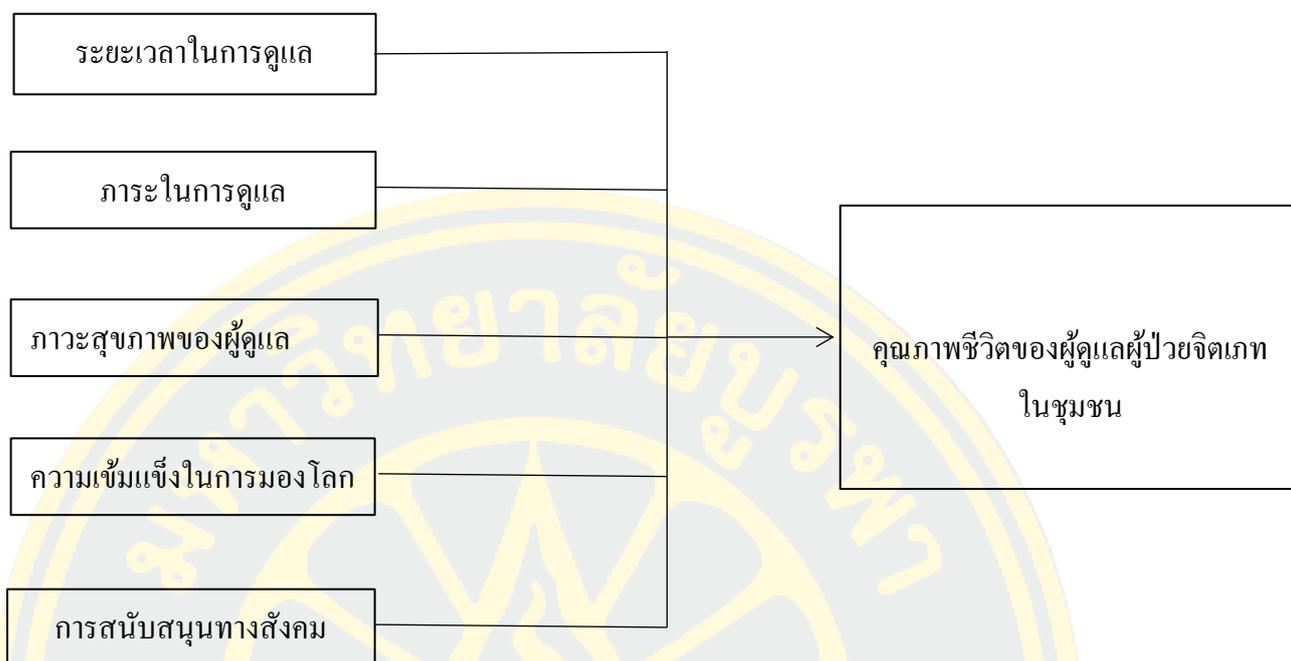
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ ความ
เข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

ระยะเวลาในการดูแล ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และ
การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้อง
เพื่อประยุกต์ใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพ
ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งคุณภาพชีวิตมี 4 องค์ประกอบ คือ 1. ด้านร่างกาย การรับรู้
สภาพทางด้านร่างกายของผู้ดูแล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2. ด้านจิตใจ ความรู้สึกมีความสุข ความ
พึงพอใจในชีวิต การคิดในทางบวก ความสามารถในการคิดและการเรียนรู้ ความสงบทางจิตใจของ
ผู้ดูแล 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับบุคคลอื่น การรับรู้
ถึงการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และ 3. ด้านสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับ
สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีความปลอดภัยละมุนคงในชีวิตของผู้ดูแล (WHOQOL
Group, 1996 ; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) และจากการ
ทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึง
ได้คัดสรรปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมาศึกษาในครั้งนี้
ได้แก่ ปัจจัยด้าน ระยะเวลาในการดูแล ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก
และการสนับสนุนทางสังคม สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 110 คน ในพื้นที่อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนมกราคม – ตุลาคม พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงและเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ ในระยะผู้ป่วยเริ่มมีอาการ เริ่มมีพฤติกรรมแปลกๆ มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า เก็บตัว หงุดหงิด หวาดระแวง ในระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด หูแว่ว วุ่นวาย ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ในระยะที่มีอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยอาจมีอาการประสาทหลอน หลงผิด หลงเหลืออยู่บ้าง แต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตไม่มากนัก

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ในการดำรงชีวิต สามารถทำหน้าที่และดูแลตนเองให้มากที่สุด ตามสถานะของความแข็งแรงและความจำกัดที่มีอยู่ มีความสุขทางด้านจิตใจ ดำเนินชีวิตตาม

แบบแผนการดำเนินชีวิตปกติและสามารถอยู่ในสังคม ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและคงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตน ในการศึกษาคั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนประเมินได้จาก แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF) ของกรมสุขภาพจิต (2545)

ระยะเวลาการดูแล หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ดูแลเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยคิดเป็นจำนวนปี

ภาระในการดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากการรับผิดชอบดูแล เป็นผลกระทบจากการมีสมาชิกที่มีอาการป่วยทางจิต ความรู้สึกเหมือนการถูกยึดตรึงไว้กับการดูแล ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อกี่เปลี่ยนแปลงของสมาชิกในครอบครัว ในการศึกษาคั้งนี้ภาวะสุขภาพประเมินได้จากแบบสอบถามที่สร้างตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) แปลเป็นไทยและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) และต่อมาบุบผา รัตนกุล (2554) ได้นำมาปรับปรุงใหม่เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย และสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างปกติในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ในการศึกษาคั้งนี้ภาวะสุขภาพประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The short Form-36-Health Survey (SF-36) แปลเป็นไทยโดยวัชรวิทย์ เลอমানกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม (2005) ปรับปรุงโดยพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัยและอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549)

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การมองโลกและการมองชีวิตของตนเองในโลกอย่างกว้างๆ ทั่วๆ ไป ไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง เป็นการรับรู้ทั้งด้านสติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ในการศึกษาคั้งนี้ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประเมินได้จากแบบสอบถามที่สร้างตามแนวคิดของ Antonosky (1993) พัฒนาและปรับปรุงโดย กาญจนา ขาวนอก (2547)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อแรงสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่ได้รับจากครอบครัวและสังคมในขณะดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ในการศึกษาคั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประเมินได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดยบุญพา ฅ นคร (2538) และนำมาปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยแก้วดา มีศรี (2554)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 ลักษณะทางคลินิก การดำเนินโรคและการวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.4 การรักษาโรคจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 บทบาทของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 4.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย
- 4.2 ความเข้มแข็งในการมองโลก
- 4.3 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 4.4 ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 4.5 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและพบมากที่สุด เป็นโรคเรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2007) ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ และกระบวนการคิด ต้องอาศัยผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบได้ในเพศชายและหญิงเท่าๆกัน โดยประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีอายุระหว่าง 15 - 55 ปี (ธีระลีลา นันทกิจ, 2550) อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทเท่ากับ 0.1 – 0.5 ต่อ 1000 ความชุกอยู่ในช่วง 2.5 -5.3 ต่อ 1000 (lifetime prevalence) เท่ากับ 7.0 – 9.0 ต่อ 1000 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ถึงแม้ว่าความชุกของโรคจิตเภทค่อนข้างต่ำ แต่โรคจิตเภททำให้เกิดทุพพลภาพที่สำคัญในระยะยาว (ธีระลีลา นันทกิจ, 2550) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดการบกพร่องในการทำหน้าที่และเสื่อมลงเรื่อยๆตามระยะของการเป็นโรค โดยมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยในระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558)

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ในการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM V) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าหมายถึงโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย

Eugen Bleuler (1959) ให้ความหมายไว้ว่า การแปลกแยก (splitting) ของการทำงานที่ทางจิตใจซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานที่ทำให้เกิดความผิดปกติของโรคนี้ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคนี้จะมีลักษณะเด่น 4 อย่าง ตามแนวคิดของบลูเลอร์ (Bleuler's 4As) ได้แก่ การมีความผิดปกติด้านความต่อเนื่อง เชื่อมโยง (abnormal association) การมีความคิดพฤติกรรมซ้ำๆ หรือ หมกหมุ่น (autistic behavior and thinking) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ผิดปกติ (abnormal affect) และการมีความคิดสองฝักสองฝ่าย (ambivalence)

องค์การอนามัยโลก (1992) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทตามความหมายของ ICD -10 คือ โรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือมีอารมณ์เฉยเมย (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญาบกัถึ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive)

สมภพ เรืองตระกูล (2553) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่อาจเป็น

สาเหตุของอาการ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยไม่มีอาการ ทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิต ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิดแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป จึงส่งผลให้มีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป อีกทั้งมีการตอบสนองต่อสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในการดำเนินชีวิต

1.2 ลักษณะทางคลินิก การดำเนินโรคและการวินิจฉัยโรค

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบรุนแรง หรือเฉียบพลัน อาจมีอาการนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ ซึ่งอาการของโรคจิตเภทมีลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรค ดังนี้

1.2.1 ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภทสามารถจำแนกตามระบบ การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistic Manual Disorder 5th edition, 2013) ออกเป็น 2 กลุ่ม สรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) เป็นกลุ่มที่แสดงออกทางด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและการแสดงพฤติกรรม ได้แก่

อาการหลงผิด (delusion) เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น (fixed belief) ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แม้จะมีหลักฐานหรือเหตุผลมาแย้ง ชนิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง (persecutory delusion), หลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูดของคนอื่นหรือเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวเกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference), หลงผิดว่ามีความเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatic delusion), หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษ หรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion), หลงผิดว่ามีคนมาหลงรักตน (erotomanic delusion), และคิดว่ามีอำนาจบางอย่างจากภายนอกสามารถควบคุมความรู้สึก ความคิด และการกระทำของตนเอง (delusion of being controlled) เป็นต้น

อาการประสาทหลอน (hallucination) คือ การรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ชนิดที่พบบ่อยคือ อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน หรืออาการหูแว่ว (auditory hallucination) โดยผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของตนเอง (voice discussing) และเสียงวิจารณ์การดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมของตนเอง (voice commenting) เสียงที่ได้ยินมักเป็นเรื่องราวชัดเจน อาจเป็นเสียงที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคาม หยาดกาย ต่อว่า หรือดูถูก เสียงที่ได้ยินอาจมาจาก

ภายในร่างกายของตนเอง (เช่น สมอง หัวใจ) หรือภายนอกร่างกายของตนเอง (เช่น หลังคาบ้าน พัดลม ดวงดาว) เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงของผู้ชาย ผู้หญิง มนุษย์ต่างดาว หรืออาจไม่สามารถระบุได้ อาจเป็นเสียงของคนที่ยังมีชีวิตหรือไม่รู้จักกับผู้ป่วย และอาจได้ยินเพียงหนึ่งเสียงหรือมากกว่านั้น อาการประสาทหลอนที่มักพบรองลงมาคือ อาการประสาทหลอนทางการมองเห็น หรือเห็นภาพหลอน (visual hallucination) เช่น เห็นภาพคน ผี หรือสิ่งของ อาการประสาทหลอนทางการสัมผัสทางร่างกาย (tactile hallucination) การได้กลิ่น (olfactory hallucination) และการรับรส (gustatory hallucination) พบได้น้อย อาการประสาทหลอนเหล่านี้ต้องแยกออกจากการรับรู้ที่ผิดปกติที่ผู้ป่วยแปลสิ่งเร้าภายนอกผิดไปจากความเป็นจริง (illusion) เช่น เห็นเชือกเป็นงู หรือเห็นเสื่อกันหนาวที่ห้อยไว้กับที่แขวนเป็นหมี

ความผิดปกติของความคิด (disorganized thinking) เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้อย่างต่อเนื่อง โดยจะแสดงออกทางคำพูด (disorganized speech) อาการนี้รุนแรงถึงขั้นที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น มีความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งโดยขาดความเชื่อมโยงกัน หรืออาจเกี่ยวข้องกันเพียงเล็กน้อย (loose association) ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนเหตุการณ์ หากอาการรุนแรงมากขึ้น การพูดจะสับสนจนไม่สามารถเข้าใจได้ว่าผู้ป่วยต้องการสื่ออะไร หรือพูดไม่รู้เรื่อง (incoherent speech) ส่งผลให้ผู้อื่นไม่เข้าใจและไม่อยากพูดคุยกับผู้ป่วย

ความผิดปกติของพฤติกรรม (grossly disorganized or abnormal disorganized behavior) คือพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุผลและไม่มีจุดมุ่งหมาย ตัวอย่างเช่น การสวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อน การหัวเราะโดยไม่มีเหตุผล การร้องเอะอะ โวยวาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงอาการแบบ catatonic behavior ซึ่งผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างชัดเจน อาจอยู่นิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหว (catatonic stupor) หรือเคลื่อนไหวมาก มีพฤติกรรมวุ่นวายและคาดเดาไม่ได้ (catatonic excitement)

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นกลุ่มที่แสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใด ไม่พูด แยกตัวเอง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ยินดีในร้ายกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว สัมพันธภาพกับผู้อื่นไม่ดี ความคิดในเชิงนามธรรมเสียไป อาการจะเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ดูแลหรือญาติ อาจสังเกตไม่พบความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และ การตอบสนองต่อการรักษา น้อยกว่ากลุ่มที่มีอาการ ทางบวก นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ Cognitive dysfunction

อาการเหล่านี้ ได้แก่ สมาธิ น้อยลง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่อง และการคิดไม่เป็นเหตุเป็นผล

3. อาการด้านความคิด (cognitive symptoms) ผู้ป่วยจะมีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของ ความคิด (Cognitive dysfunction) ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น

4. อาการด้านอารมณ์ (affective symptoms) เป็นอาการที่พบร่วมได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรคอย่างเด่นชัด ผู้ป่วยอาจมีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น หรือมีอารมณ์ครุ่นเคร่ง อย่างไรก็ตาม อารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัดและไม่เป็นนานเมื่อเทียบกับอาการด้านบวก (positive symptoms) นอกจากนี้ อาการซึมเศร้าที่เกิดหลังอาการทางจิต (postpsychotic depressive disorder) ยังเกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยมักรู้สึกซึมเศร้าจากการตระหนักว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกหมดหวังกับอนาคต มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ และลดการติดต่อกับบุคคลที่ให้การสนับสนุน ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5. อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น การไม่ตระหนักว่าตนเองมีความผิดปกติ (lack of insight) ผู้ป่วยอาจมีอาการความผิดปกติทางความคิดเกี่ยวกับสังคม (social cognition deficit) เช่น ไม่สามารถเข้าใจว่าคนอื่นคิดอะไรหรือต้องการอะไร บางครั้งอาจเอาเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันมาเชื่อมโยงเป็นเรื่องราวหรือผูกโยงกับอาการหลงผิดของตนเอง นอกจากนี้ อาจพบอาการทางระบบประสาทได้เล็กน้อย (neurological soft signs) เช่น ความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก (motor condition, sensory integration และ motor sequencing) และความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของตา (smooth pursuit eye movement) เป็นต้น

1.2.2 การดำเนินโรค

การดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น 4 ระยะ (Townsend MC.2015) ดังนี้

1. ระยะก่อนป่วย (premorbid phase) เป็นช่วงเวลาก่อนที่จะมีอาการของโรคจิตเภทปรากฏ ผู้ป่วยมักมีความบกพร่องเล็กน้อยในการทำหน้าที่ทางความคิด (cognitive function) เช่น ระดับเชาวน์ปัญญา (IQ), ความใส่ใจ (attention), ความจำเกี่ยวกับการพูด (verbal memory), การทำงานของสมองด้านการจัดการ (executive function) และการเคลื่อนไหว (motor skills) ผู้ป่วยมักมีบุคลิกภาพแบบ schizoid หรือ schizotypal personalities เช่น ยอมตามผู้อื่น ชอบคิดแต่เรื่องของตนเอง มีเพื่อนน้อยในวัยเด็ก และชอบทำกิจกรรมที่แยกตัวจากผู้อื่น เช่น ดูภาพยนตร์หรือโทรทัศน์

ฟังเพลง หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ บุคลิกภาพก่อนป่วยเหล่านี้มักเป็นตัวบ่งชี้ถึงการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดี

2. ระยะอาการนำ (prodromal phase) เป็นระยะที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน เริ่มด้วยการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ในระยะก่อนป่วย และเป็นมาจนถึงเริ่มมีอาการทางจิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยอาการด้านลบ เช่น การค่อยๆ แยกตัวไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สนใจดูแลตนเองลดลง ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวก แต่ยังไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ผู้ป่วยอาจเริ่มจากบ่นเกี่ยวกับอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลังและกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และมีปัญหาการย่อยอาหาร หรือคิดว่าตนเองป่วยเป็น โรคทางกาย ครอบครัวและเพื่อนอาจสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยว่าไม่สามารถทำกิจกรรมด้านการงาน สังคม และส่วนบุคคลได้ดีเหมือนเดิม ระยะนี้อาจสั้นเพียง 2-3 สัปดาห์หรือยาวนานหลายเดือน ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ดังนั้น การให้การช่วยเหลือแต่เนิ่นๆ จะช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในระยะยาว

3. ระยะโรคกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่มีอาการทางจิตเด่นชัด โดยส่วนใหญ่จะมีอาการด้านบวกที่เด่นชัดขึ้น เช่น การคิดเชิงบวกที่ผิดปกติ เช่น ความคิดที่ไม่เหมาะสมหรือคิดเชิงบวกอาจเป็นที่ดีเดือน ผู้ป่วยอาจมีการได้ยินเสียงหรือมองเห็นสิ่งที่ไม่มีจริง (hallucinations) และมีความคิดเชิงบวกที่คิดว่าตนเองมีพลังพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ เป็นต้น ระยะนี้โดยทั่วไปมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับความกระตุ้นจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นปัจจัยกดดัน ซึ่งทำให้อาการทางจิตที่เคยอยู่ในระดับประสาธเริ่มแสดงออกมาชัดเจนขึ้น อาการทั้งด้านบวกและลบจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาของการเกิดอาการโรคจิตอาจเป็นแบบรวดเร็วหรือช้าได้ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หลังจากรักษาไปเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือนแล้ว อาการโรคจิตมักเริ่มทุเลาลง โดยอาการด้านบวกและอาการด้านลบจะลดลง บางคนจะไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางคนจะมีอาการที่เป็นไปในทางที่ไม่ใช่อาการโรคจิต เช่น ความตึงเครียด วิตกกังวล หรือมีปัญหาการนอน ระยะโรคกำเริบเป็นระยะที่สำคัญที่ให้ความสำคัญในการรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบอีกครั้งในอนาคต

4. ระยะเรื้อรัง อาการหลงเหลือ (chronic/residual phase) ในระยะนี้หลังจากการกำเริบของโรคจิตเป็นระยะที่อาการทางจิตแสดงตัวได้เป็นอย่างมากเมื่อเทียบกับระยะก่อนหน้า โดยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการทางจิตที่เด่นชัดและอาจมีอาการบวกเป็นบางความเป็นไปได้ แต่มักไม่มีผลต่อสภาพจิตของผู้ป่วยอย่างมากเท่าในระยะเฉียบพลัน ในระยะนี้อาจพบอาการด้านลบที่เด่นชัดขึ้น

เช่น ขาดความสนใจในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจการดูแลสุขภาพ ส่วนตัว และการทำงาน นอกจากนี้อาจมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การจัดการเงินและการที่จะเข้าสังคม ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคจิตในระยะนี้มีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคในระยะก่อนหน้า และการรักษาที่ได้รับ บางผู้ป่วยอาจมีอาการน้อยเกินไปจนไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากนัก ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการเรื้อรังมากขึ้นและจะมีความจำเป็นในการให้การช่วยเหลืออย่างยาวนานเพื่อช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ต่อเนื่อง

1.2.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า ในปัจจุบันมีการจำแนกโรค จิตเภทที่นิยมใช้ไว้ 2 ระบบ ดังนี้

1. ระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV) ซึ่งปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้ คือ

1.1 มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน Disorganized speech Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior และ อาการด้านลบ ได้แก่ flat affect, alogia หรือ avolition อย่างไรก็ตาม แม้มีเพียง อาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น bizarre delusion หรือ voice discussing

1.2 มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้านสัมพันธภาพทางสังคม และความบกพร่องในการ ประกอบอาชีพ เช่น ด้านการงาน สัมพันธภาพต่อผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

1.3 มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ 1) อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็น prodromal หรือ residual phase

2. ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (International Classification of diseases and Related Health Problem, 10th revision: ICD-10) ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 โดยได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการ โดยผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามี อาการไม่ชัดเจนมากน้อยต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่า ตามอาการที่ระบุได้จากอาการที่ 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการที่ระบุไว้ จากอาการที่ 5-8 และอาการดังกล่าวจะมีอยู่ตลอดระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาการต่างๆ ในแต่ละข้อมีดังนี้

2.1 ความผิดปกติของกระบวนการคิด เช่น ความคิดสะท้อนกลับ (Thought echo) ผู้ป่วยได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดถูกสอดแทรก (Thought insertion) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนเอง แต่เป็นความคิดของคนอื่นเข้ามาแทรกในสมอง

ตน หรือความคิด กระจาย (Thought broadcasting) กับการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียง ทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตนเอง

2.2 ความหลงผิดว่าถูกควบคุมโดยภายนอก (Delusion of control) มีความคิดการ กระทำหรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะ โดยแสดงออกในเรื่องทางกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิด หรือความรู้สึกสัมผัส (Sensations) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusional perception)

2.3 หูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกี่ยวกับตนเองหรือได้ยินเสียงต่างๆ ของร่างกาย

2.4 ประสาทหลอน อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้มีทุกวันหรือมีอยู่นาน หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

2.5 ความผิดปกติของความคิด (Thought disorder) พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็น หรือใช้ คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง

2.6 พฤติกรรมแบบคงทำเป็นเวลานาน (Catatonic) เช่น วางท่าแปลกๆ คงท่าตามที่ถูกจัดต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด

2.7 อาการทางลบ (Negative symptoms) เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมยหรือไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

2.8 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดหมายกิจวัตร มีความหมกมุ่นอยู่แต่ในเรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

1.3 สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของ โรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกันที่ทำให้เป็น สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม (จรรยา รัชัญญาดี, 2561)

1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors)

พันธุกรรม (Genetics) เชื่อว่าโรคจิตเภทถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากการศึกษา ประชากรทั่วไปพบว่า เป็นโรคจิตประมาณร้อยละ 1 และในกลุ่มที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทพบว่ามีโอกาสเกิดโรคจิตเภทสูงประมาณร้อยละ 5-10 จากการศึกษาได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมกับโอกาสที่จะเป็นโรคจิตเภทได้เป็นอย่างดีชัดเจน โดยพบว่า

ความเสี่ยงจะเป็น โรคจิตเภทมีการสืบพันธุ์ที่ชัดเจนในบุคคลที่มีความใกล้ชิดทางพันธุกรรมกันมาก ขึ้น เช่น คู่แฝดของผู้ป่วยที่มีใจใบเดียวกัน คู่แฝดของผู้ป่วยที่มีใจ - คนละใบ บุตรที่บิดาหรือมารดาป่วย และพี่น้องของผู้ป่วย มีความเสี่ยงร้อยละ 48, 17,13 และ 9 ตามลำดับ โรคจิตเภทเป็นผลมาจากความผิดปกติของหลายยีนที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาท ทำให้เกิดความผิดปกติในการสร้าง Synapse การเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่างๆ ในระบบประสาท ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อการทำงานของสมองและการประมวลผลของสารเคมีที่มีบทบาทในการส่งสัญญาณระหว่างเซลล์ประสาทด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

ระบบสารเคมีในสมอง การทำงานของสารสื่อประสาทในสมองเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกของบุคคล โดยเฉพาะสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต เช่น โดปามีน (Dopamine) และเซโรโตนิน (Serotonin) เป็นสารสื่อประสาทสองชนิดที่มีบทบาทสำคัญในระบบประสาทกลางของมนุษย์

1. โดปามีน (Dopamine) เป็นสารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ความกระตือรือร้น และการรับรู้ของสิ่งต่างๆ โดปามีนมีบทบาทสำคัญในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ในสมอง โดยโรคจิตเภทที่เกิดจากการทำงานของโดปามีนมากเกินไปจะเรียกว่า "dopaminergic hyperactivity" หรือการทำงานของโดปามีนในปริมาณมากเกินไปซึ่งสามารถเกิดจากความผิดปกติของ post-synaptic receptor หรือตัวรับสารสื่อประสาทหลังช่องรับสัญญาณ

2. เซโรโตนิน (Serotonin) เป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทในการควบคุมอารมณ์ การนอนหลับ และสมดุลในร่างกาย สารสื่อประสาทเซโรโตนินมีผลต่อการรับสารสื่อประสาทโดปามีน โดยการเชื่อมโยงกันระหว่างเซโรโตนิน-2 (5-HT_{2A}) receptor และสารสื่อประสาทโดปามีน (มาโนช หล่อตระกูล, 2558)

การวิภาคของสมอง การมีความผิดปกติในกายวิภาคของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความหลากหลายได้ ซึ่งบางครั้งอาจเกิดจากความผิดปกติที่กายวิภาคหรือโครงสร้างของสมองเอง การตรวจวินิจฉัยด้วยภาพอุปกรณ์การรังสีเช่น MRI และ CT มักจะช่วยในการพบภาวะเหล่านี้

1. ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติใน cortical gray matter: การมีปริมาณเนื้อสมองลดลง โดยเฉพาะในพื้นที่ของ cortical gray matter อาจเกิดจากการลดลงของเนื้อสมองที่เกิดขึ้นได้จากการทำลายเซลล์หรือโครงสร้างที่สำคัญสำหรับความทรงจำและความสามารถในการประมวลผลของสมอง

2. การมี ventricle โตกว่าปกติ: ventricle โตกว่าปกติหมายถึงการขยายของช่องโพรงสมองภายในที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบลำไส้สมอง การเป็นมากของ ventricle นี้ อาจเกิดจากความเสื่อมทราบของกายวิภาคที่มีปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะที่แสดงอาการผิดปกติในการทำงานของสมอง

การมี ventricle โตกว่าปกติมักเชื่อมโยงกับการมีอาการด้านลบที่มากขึ้น อาการตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดี และความบกพร่องทางด้านความคิด เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้ผู้ที่ให้การรักษาสสามารถปรับวิธีการรักษาและการจัดการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติในกายวิภาคของสมองได้อย่างเหมาะสม

ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ สมองส่วนหน้า แนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยจิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะ บริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้ง ในระดับ cortical และ sub-cortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity

1.3.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

ตามแนวคิด stress-diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาวะกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาวะกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

นอกจากนี้ มีนักทฤษฎีได้อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) ไว้ดังนี้

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theories)

Sigmund Freud ตั้งข้อสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทเป็นผลจากการเกิดภาวะยึดติด (fixation) ของ พัฒนาการในช่วงต้นของชีวิต การยึดติดนี้ทำให้เกิดข้อบกพร่องในการพัฒนาตัวตน

(ego development) ของ บุคคล และข้อบกพร่องนี้มีส่วนทำให้เกิดอาการของ โรคจิตเภท เพราะว่า ความเป็นตัวตนส่งผลกระทบต่อ การ แปลความหมายของความเป็นจริงและการควบคุมแรงขับ ภายในตัวบุคคล เช่น แรงขับทางเพศ และความ ก้าวร้าว การทำหน้าที่ของความเป็นตัวตนเหล่านี้ เกิดความบกพร่องขึ้น ความขัดแย้งภายในจิตใจจึงเพิ่มขึ้นจาก การยึดติดและข้อบกพร่องของความเป็นตัวตนที่เกิดขึ้นมาก่อนหน้า ซึ่งอาจจะมีผลจากความสัมพันธ์ในวัยเด็กที่ไม่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต (Sadock, B. J., 2015)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ยังสันนิษฐานว่าอาการต่างๆ ของ โรคจิตเภทมีความหมาย สำหรับผู้ป่วย ความรู้สึก เป็นปมด้อยถูกแทนที่โดยความคิดหลงผิดที่คิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจมาก ภาวะประสาทหลอนอาจใช้แทน ความรู้ความสามารถของผู้ป่วยที่จะจัดการกับความเป็นจริงอย่างเป็นรูปธรรม และอาจจะแสดงถึงความปรารถนาภายในหรือความกลัว ส่วนความคิดหลงผิดเป็นการถดถอย การพยายามกลับสู่สภาพปกติที่จะ สร้างสรรค์ความเป็นจริงขึ้นมาใหม่ หรือเป็นการแสดงออกของความกลัวหรือแรงผลักดันที่เก็บซ่อนไว้ (Sadock, B. J., 2015)

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theories)

บุคคล ความวิตกกังวลอย่างมากของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกของการไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น และถูก Harry Stack Sullivan มีมุมมองเกี่ยวกับ โรคจิตเภทว่า เป็นความแปรปรวนของความสัมพันธ์ระหว่าง เปลี่ยนเป็นความเบี่ยงเบน โรคจิตเภทเป็นวิธีการปรับตัวที่ใช้ หลีกเลี่ยงอาการแพนิค ความหวาดกลัว และการ แยกสลายของความรู้สึกแห่งตน แหล่งที่มาของความวิตกกังวลเป็นผลจากการสะสมของประสบการณ์ซึ่งบอบช้ำทางจิตใจในช่วงของพัฒนาการ (Sadock, B. J., 2015)

ทฤษฎีจิตสังคม (psychosocial theories)

ยังไม่มีทฤษฎีจิตสังคมที่ได้รับการยอมรับในการอธิบายสาเหตุของ โรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม ความเครียด ทางสังคมมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมองที่มีผลให้เกิดโรคจิตเภท และเป็นสิ่งที่ทำทนาย ในแต่ละวันในการอยู่ร่วมกับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories)

ตามทฤษฎีการเรียนรู้ เด็กที่ต่อมามีการพัฒนาเป็น โรคจิตเภทเรียนรู้ปฏิบัติการตอบสนองที่ไม่มีเหตุผลและวิธีการคิดโดยการเลียนแบบบิดามารดาผู้ซึ่งมีปัญหาทางอารมณ์ จึงมี

การพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่ไม่ดีเนื่องจากมีตัวแบบที่ไม่ดีสำหรับการเรียนรู้ในช่วงวัยเด็ก (Sadock, B. J., 2015)

1.3.3 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรม

(Sociocultural factors) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ มีการดำรงชีวิตอย่างขาดแคลน เช่น การอยู่อาศัยกันอย่างแออัด การขาดสารอาหาร การไม่ได้รับการดูแลขณะอยู่ในครรภ์ การขาดแหล่งสนับสนุนค้ำจุนเมื่อเกิดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนิน ชีวิต (Stressful life events) อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อมูลพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ว่าความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิด โรควิตกกังวล

แต่ความเครียดอาจทำให้อาการทางจิตมีความรุนแรงขึ้น และเพิ่มอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวล

1.4 การรักษาโรควิตกกังวล

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสามารถแบ่งได้เป็น 4 วิธี (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาโรควิตกกังวลนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อ การควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการ กำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ

1.1 ระยะเวลาควบคุมอาการ (Acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นผลมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรควิตกกังวลของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ยาที่ใช้ได้แก่ Haloperidol ขนาด 6-10 mg/day หรือยาอื่นๆ ที่มีขนาดเทียบเท่ากัน หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากอาจให้ Benzodiazepine ขนาดสูง เช่น Diazepam 5-10 mg กินวันละ 3-4 เวลา รวมไปถึง หลังจาก 2 สัปดาห์แล้วหากอาการโรควิตกกังวล ยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยาโดยทั่วไปจะไม่ให้ Haloperidol ขนาดเกิน 20 mg/day

1.2 ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วย

ยัง จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก นาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.3 ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุม ด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยา อาจใช้ยาชนิดประเภท long acting ผู้ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการ โรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ก็ ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลย นานอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่อง ไปนานอย่างน้อย 5 ปี

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะทำเมื่อการรักษาด้วยยาแล้วให้ผลการรักษาไม่ดี โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาโดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้งทั้งหมด ประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) ร่วมด้วย

3. การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นยิ่งที่ ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกด้าน มิใช่ เป็นเพียงแก่ผู้รักษาโรคเท่านั้น วิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยการรักษาทางจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีดังนี้

3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการ รักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัดใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิด ประคับประคอง มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด ผู้รักษาพึง ตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหานั้น แบบอื่นที่ผู้ป่วยพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่าช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้ เป็นต้น

3.2 การให้คำแนะนำครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) เนื่องจากผู้ปกครองผู้ป่วยมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองไม่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง ครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้เรื่องโรค เป็นสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย มีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย แพทย์ต้องให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ญาติผู้ป่วยนอกจากจะให้ประวัติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้วยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันผู้รักษาต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้อง เหมาะสม สร้างสรรค์ แก้ไขปัญหาหรือความสัมพันธ์ที่ผิดปกติ ช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกันโดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และ เรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

3.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไข้ปัญหาและให้คำแนะนำแก่กันฝึก ทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบ ของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน เนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างมากในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในที่นี้จะขอกกล่าวถึง ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย จิตเภท และการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ผู้ป่วยส่วนมากเมื่อออกจากโรงพยาบาล จะยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวจึงต้องรับภาระการดูแลต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลดังกล่าวจะยาวนานตามความเรื้อรังของโรค ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

Orem (1991) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่น ที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

Davis (1992) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

George (1996) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นต้น หรือเป็น กลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ

จรรवरณ มานะสุรการ (2544) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบในการให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ประคับประคองผู้ป่วยด้วยความรักและความเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เผชิญและมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักและเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช โดยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าจ้างในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลและรับผิดชอบ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมที่มีความจำเป็นต้องได้รับการ ดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ผู้ดูแล จึงต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ ความสามารถในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Horowitz & Reinhard (1995) ได้แบ่งผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติ

กิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่นๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า

George (1996) ได้แบ่งผู้ดูแลไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัวญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแล โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจจะไม่รับ หรือรับ ค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะรับการรักษาที่บ้าน และเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลผู้ป่วย

2.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วย ทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแล ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้ง ทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากการศึกษาของ Macleod, Elliott & Brown (2011) พบว่าการให้การ พยาบาลด้านสุขภาพจิตชุมชนให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อลดภาระในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีดังนี้

1. การให้ความรู้ (Educational intervention) เพื่อให้มีความเข้าใจเรื่อง โรคจิตเภทและการจัดการที่มีประโยชน์ อาจกระทำได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานว่าสามารถลดภาระในการดูแลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การให้ความรู้สนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Supportive family education) เน้นการสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ เป้าหมายเพื่อลดความเครียดและภาระการดูแล เสริมสร้างคุณภาพการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต
3. การบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบพิเศษที่เน้น การดูแลทางด้านจิตวิทยา เน้นที่การให้ยาและสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เน้นที่การสื่อสาร การฝึกทักษะ การแก้ปัญหา การให้ความรู้ เครือข่ายทางสังคม โดยใช้หลักแนวคิดที่กล่าวว่า การแสดงออกทาง อารมณ์ของครอบครัว ส่งผลกระทบถึงภาระของครอบครัว
4. การสนับสนุนการบริการในชุมชน (Community support services) ได้แก่ การจัดการรายกรณี การให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน โปรแกรมให้ผู้ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษา การให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีพยาบาลอยู่ด้วย
5. กลุ่มสนับสนุนร่วมกัน (Mutual support groups) การใช้กลุ่มสนับสนุน เป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมได้เป็นอย่างดี สามารถลดภาระของ ครอบครัวได้
6. งานบริการกลางวัน (Day care services) เป็นลักษณะที่เป็น โปรแกรมการดูแลเพื่อลด ภาระของครอบครัวโดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนับเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ โดยการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งการพัฒนาความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ จะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิต

เภท เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น และมีปัญหาในการ ดูแลลดลง เกิดความพึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิต ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

2.3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บทบาทสำคัญของผู้ดูแล ได้แก่ การช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ทั้งนี้ เพราะโรคจิตเภท เป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานในการรักษา และเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบได้สูง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยมี ความเครียด การขาดยา หรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติ บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญมี 5 ประการ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2547) ดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต การดูแลตนเองไม่ดี ทำให้สุขวิทยาส่วนตัวไม่ดี ผู้ดูแลต้องเข้าใจว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ
2. คอยสังเกตอาการกำเริบ การสังเกตอาการเริ่มต้นจากญาติ เช่น ญาติอาจสังเกตได้ว่า ผู้ป่วยเริ่มสับสน เริ่มระแวง ไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเงียบ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ใน การป้องกันการกำเริบได้ และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่
3. ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย ความเครียดอาจเป็นปัญหากับผู้ป่วย ในช่วงที่กำลังจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกครอบครัวได้ ซึ่งญาติจะช่วยลดความเครียดของ ผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสม ช่วยผู้ป่วยค่อยๆปรับตัวตาม ความสามารถ พุดกับผู้ป่วยสั้นๆ ให้ได้ใจความอย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่างๆ ถ้าไม่จำเป็นและรักษาสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย นอกจากนี้จะต้องพยายามลดความตึงเครียดของ ตัวญาติโดยหาเวลาส่วนตัวหรือพักผ่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเครียดน้อยลง ญาติก็จะมีความเครียดน้อยลงด้วย
4. ค้นหาจุดดีและสนับสนุนแม้จะเป็นจุดเล็กๆ การค้นหาจุดดีและสนับสนุนแม้จะเป็นจุด เล็กๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นได้ สนับสนุนผู้ป่วยให้ค่อยๆ ปรับตัว โดยไม่เร่งรัด ผู้ดูแลอาจ ชมเชยและให้กำลังใจ เช่น อาบน้ำเอง ทักทายสวัสดิกับคนอื่นๆ จุดเล็กๆ เหล่านี้จะรวมเป็นจุดใหญ่ให้ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
5. จดจำวันนัดและดูแลผู้ป่วยเรื่องยา เนื่องจาก โรคจิตเภทต้องการ

ระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ตลอดจนการกลับเป็นใหม่ของการเกิดได้มาก ดังนั้น การรับยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ดูแลไม่ยอมไปรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยาและเกิดปัญหาขึ้น จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อน หยุดยา ควรดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

จอม สุวรรณ โณ (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

1. ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลการรับประทานและการพักผ่อนของผู้ป่วย
2. ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดุด่าหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรง เพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย
3. จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพจัดหาซื้อขาย รวมทั้ง ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้สนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
4. ช่วยเหลือด้านการเงิน ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถ ประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
5. แบ่งเบาภาระงานบ้าน ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วย ให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งสอนให้ผู้ป่วยฝึกทำงานบ้าน เพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล
6. ติดต่อกับชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน รวมทั้งเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจต่างๆ

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตาม ประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1. บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกายและตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การรับประทานยา การรับประทานยา เป็นต้น

2. บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการ ป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสภาพ

พนม เกตุมาน (2550) กล่าวถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ให้การดูแลที่บ้าน ไว้ ดังนี้

1. ติดตามดูแล หรือกำกับให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ตรงตามที่แพทย์กำหนด อาจ เป็นผู้จัดยาให้เองหรือคอยนับเม็ดยาที่เหลือ ควรมีวิธุงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือกันดีกว่าการ บังคับ ช่มชู้
2. พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตามนัด ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมาจริงๆ ญาติ ควรมาพบแพทย์และเล่าปัญหานี้ให้แพทย์ทราบ
3. คอยตรวจสอบอาการข้างเคียงของยา แพทย์ผู้รักษามักจะอธิบายให้ฟังก่อนการสั่งยา ครั้งแรกว่าจะมีอาการข้างเคียงอย่างไรบ้าง ถ้าเกิดอาการข้างเคียงควรรีบติดต่อแพทย์ผู้รักษาทันทีอย่า ทิ้งไว้เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่อยากกินยา และไม่ยากรักษาอีกต่อไป
4. สร้างบรรยากาศที่สงบอบอุ่นมีกิจกรรมที่ดีทำร่วมกันมีการสื่อสารที่เปิดเผยความต้องการกันและตอบสนองกันอย่างเหมาะสม
5. ไม่ควรตามใจกันมากเกินไป หรือให้สิทธิพิเศษจนผู้ป่วยทำความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น
6. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตผิดปกติ เช่น ระวังหูแว่ว ไม่ควรพยายามอธิบาย เพื่อให้ ผู้ป่วยยอมรับความจริง นอกจากจะไม่ได้ผลแล้วยังอาจทำให้ญาติ โกรธที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังเหตุผลควร รับฟังด้วยท่าที่เป็นกลางไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย แต่ขอให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่เขาคิด สิ่งที่เขารู้สึกให้มากที่สุด พร้อมกับแสดงความเข้าใจและเห็นใจที่เขาคิดและรู้สึกเช่นนั้น อาการทางจิตจะดีขึ้นจากการใช้ยา ดังนั้น ต้องรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็ว
7. จดจำอาการต่างๆที่เกิดขึ้นที่บ้านมาเล่าให้แพทย์ฟัง การดำเนินชีวิตที่บ้านจะแสดงถึง ความสำเร็จของการรักษาด้วย และท่านจะเป็นผู้ช่วยแพทย์ที่ดีในเรื่องนี้
8. จัดการดำเนินชีวิตผู้ป่วยให้สม่ำเสมอ โดยเฉพาะเวลาอาหารเวลานอน เวลาออก

กำลัง ภายและเวลาเกินยา

9. ควรให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดำเนินชีวิตตามปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้ง ความรับผิดชอบส่วนตัวและงานรับผิดชอบส่วนรวม

10. หลีกเลี่ยงการใช้ยารมณต์ตอบโต้กันภายในบ้าน เมื่อมีความขัดแย้งควรปรึกษา แพทย์ การแก้ปัญหาในกรณี que ผู้ป่วยไม่ร่วมมือมาพบแพทย์ตามนัด

1. พยายามจงใจให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ที่ชัดเจนของการมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการ que ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น เช่น อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

2. พยายามให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจคิดว่าอาการดีขึ้นแล้วจึง ไม่อยากรับประทานยา อีกทั้งอาการข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยาต่อไป

3. ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมาพบแพทย์จริงๆ ให้ญาติมาพบเพื่อปรึกษาแพทย์

4. ถ้าผู้ป่วยมีอาการมากจนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ควรให้คนช่วยกันจับพา มาโรงพยาบาล อาจต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล อาจติดต่อเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ตำรวจ ขอความช่วยเหลือในการนำส่งดังกล่าว

จากบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์

2.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การ ดูแล ช่วยเหลือ ในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการตัดสินใจแทนผู้ป่วยอีกด้วย แนวทางการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รัชนิกร เกิดโชค, 2556) มีดังนี้

1. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและเห็นใจ ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจิตเภทนั้นมิได้มีเจตนาที่จะสร้างความเดือดร้อนให้ใคร หรือสร้างความรำคาญให้ ใคร ญาติควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ควรให้อภัยผู้ป่วยและไม่ถือโทษโกรธผู้ป่วย

2. ญาติไม่ควรขัดแย้งหรือโต้เถียงกับผู้ป่วยไม่ว่ากรณีใดก็ตาม ไม่ควรแสดงอารมณ์รุนแรงต่อผู้ป่วย แต่ควรแสดงความเห็นใจ ความเข้าใจอกเข้าใจผู้ป่วย ควรถามไถ่ความเป็นอยู่ และความรู้สึกของผู้ป่วยอยู่เสมอ

3. ควรให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในทุกๆ เรื่องที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำหรือตัดสินใจเองได้ เพราะผู้ป่วยคือผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ต่างๆ ดังนั้นสมาชิกครอบครัวหรือญาติ ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้

4. ญาติผู้ดูแลต้องมีความอดทนในการที่ต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่จะเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ต้องใช้การสังเกตอย่างมากในขณะที่ดูแลผู้ป่วย โดยสังเกตอาการ พฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด ถ้าพบที่มีความผิดปกติ เช่น พูดคนเดียว พูดเพื่อเจ้า เอะอะ อาละวาด หงุดหงิด ฉุนเฉียว หัวเราะหรือยิ้มคนเดียว เหม่อลอย หลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง หวาดกลัว ควรรีบพามาพบแพทย์

5. เก็บอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยอย่างมิดชิด เช่น มีด กรรไกร สิ่งของอื่นที่ผู้ป่วยจะนำมาทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้

6. เสนอตัวเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความรู้สึกว่าพวกเขาต้องเผชิญ กับความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการมีอาการทางจิต

7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่งไม่ควรให้ผู้ป่วยเพิ่มหรือลดยาเอง

8. การดูแลสุขภาพอนามัย เป็นสิ่งสำคัญที่ญาติจะต้องคอยดูแลกำกับให้ผู้ป่วยปฏิบัติ เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

9. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำโดยเฉพาะในเวลากลางวัน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยฟุ้งซ่าน เป็นงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ที่ผู้ป่วยทำได้ เช่น รดน้ำต้นไม้ ถูบ้าน ล้างชาม อย่างไรก็ตามควรกระตุ้นให้ผู้ป่วย ช่วยเหลือดูแลตนเองให้มากที่สุด

10. จัดหางานหรืออาชีพใหม่ที่ใกล้บ้านตามความสนใจและตามความถนัดของผู้ป่วย

11. ถ้ามีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย หรือกังวลใจในเรื่องต่างๆ ผู้ดูแลสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้จากศูนย์ให้บริการสุขภาพจิตหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย จิตเภท (จิราพร รักการ, 2549) ซึ่งผลจากการดูแลทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical impact) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสับเปลี่ยนทำให้เกิดความอ่อนเพลีย และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เจ็บป่วยได้ เช่น ปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้นๆ มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลต่อการ ดูแลโดยตรงได้ นอกจากนี้ผลกระทบจากการดูแลยังทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ด้วยภาวะ ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย อาจรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจเป็น ปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) และจากการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวของผู้ดูแลในครอบครัว และบางครั้งมีผลให้ผู้ดูแลมีอาการไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทนผู้ป่วย อีกทั้งต้องคอยดูแล ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอีกด้วย

2. ด้านจิตใจ (Psychological impact) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย และกังวลจนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) และจากการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย

เศร้าโศก เสียใจเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรงและในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงตามมา โดยผลกระทบ ด้านจิตใจของผู้ดูแล มีลักษณะดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2.1 อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป รู้สึกสูญเสียญาติของตนไปต่างๆที่ยังมีชีวิตอยู่

2.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และมักจะรู้สึกผิดภายหลัง

2.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น

2.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

2.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชม. ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

3. ด้านสังคม (Social impact) จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตาม ความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปวัดทำบุญในประเพณี ต่างๆ หรือกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ที่จัดขึ้นในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึก ว่าถูกแยกและทอดทิ้งจากเพื่อน (พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995) เกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง พบว่า เมื่อผู้ป่วย จิตเภทกลับมาอยู่กับครอบครัว ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาการวางตัวใน

สังคม เครียดในการจัดการพฤติกรรม ที่ผิดปกติของผู้ที่เป็นโรค รู้สึกหวาดกลัวต่ออาการทางจิตที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ของตนเองและบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในบางครั้ง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลรู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อน บ้านทราบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัวและไม่อยากให้บุคคลอื่นถามถึงหรือพูดถึงจึงพยายามหลีกเลี่ยงหนีจากผู้คน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ประกอบกับหน้าที่การดูแล ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนได้

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment impact) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแล ส่งผลกระทบทั้งต่อด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง ทั้งในส่วนของความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลจึงต้องระมัดระวังพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และจากการที่ผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงาน หรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีการสูญเสียรายได้และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการ รักษา เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆในครอบครัว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง นอกจากนั้นยังพบว่าการที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานที่ทำอยู่ประจำทุกวัน จากการที่ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแล ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยและค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (Eake, 1995) จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ถ. สกุล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย พงศ์สงวนศิลป์ และคณะ (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย จิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ พบว่ารายได้ของผู้ดูแลมีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ ผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้และมีเงินออมลดลง

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทาง สังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับ

อาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเมื่อนายผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ ต้องดูแลผู้ป่วยเพียง ลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจะเกิดความยุ่งยากในการ ดูแล ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ หากผู้ดูแลสามารถหา แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและ ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขทางจิตที่ดี และผู้ที่ เป็น โรคจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้ โดยเฉพาะ พยายามสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งเป็น บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญใน การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลป่วยให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันในวงการทางสุขภาพจิตและจิตเวชตลอดจนการสาธารณสุขทั่วไป ได้มีการให้ ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความหรือมโนทัศน์ของ คำว่า คุณภาพชีวิต ในความหมายต่างๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being), ความสุข (Happiness), ความพึงพอใจในชีวิต (Complacency) ซึ่งในปัจจุบัน ได้มีนักวิชาการหลากหลายสาขา พยายามให้ ความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” อย่างกว้างขวาง

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจและยังเป็นเป้าหมายของการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศต่างๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การ พัฒนาในด้านต่างๆ สามารถทำได้ดี รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ทางด้านสุขภาพได้นำแนวคิด เกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการการรักษาพยาบาล ไม่ใช่เพียงให้หาย จากโรคหรือ มีชีวิตรอดเท่านั้น แต่รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (Cooley, 1998) ซึ่งคุณภาพ ชีวิตของแต่ละคนก็แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะรับรู้และประเมิน สถานการณ์นั้นอย่างไร (The WHOQOL Group, 1996) นอกจากนี้ยังขึ้นกับความแตกต่างของ สิ่งแวดล้อม อายุ สถานภาพ ทางสังคม วัฒนธรรม (Ferrans, 1990) จึงเป็นการยากที่จะอธิบายให้ เข้าใจ หรือนิยามตรงกันในแต่ละบุคคล และยังมีความหมายหลายมิติ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตาม การรับรู้ของบุคคล โดยมีผู้ให้ ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

Ferrans & Powers (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึก ความสะดวกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิตและให้

ความสำคัญ องค์ประกอบต่างๆในชีวิต

Zhan (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ระดับความพึงพอใจใน ชีวิต และความรู้สึกผาสุกในชีวิต โดยที่บุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

The WHOQOL Group (1996) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง การรับรู้ถึง สถานะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้ องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่เขาสัญญอยู่และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและ ซับซ้อนของบุคคล

ศิริ ฮามสุโทธิ (2543) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่ สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม เป็นชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และ ค่านิยมสังคม ตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ดีที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและ ทรัพยากรที่มี

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพ ชีวิต ประกอบด้วย “คุณภาพ” หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” จึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต โดย มุ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านใหญ่ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และใน การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ความหมายขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติขึ้นอยู่กับทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม ซึ่งมีผู้ กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลากหลายโดยแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความสำคัญแตกต่างกันไป ดังนี้

Ferrans & Powers (1992) พิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิตได้ 4 องค์ประกอบ คือ

1. สุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การมีกิจกรรมในครอบครัว การเดินทาง
2. สังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomy) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ไป
3. จิตวิญญาณ (Psychological spirituality) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ไป
4. ครอบครัว (Family) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บุตรภรรยา สุขภาพของครอบครัว

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยบุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิต
2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self concept) เป็นความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง รวมถึงภาพลักษณ์ของตนเอง
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and functioning) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกาย สุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจในด้านสังคม ทั่วไป รวมถึงรายได้ อาชีพ การศึกษา

Ferrell (1996) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) เป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บป่วยด้านร่างกายและคงไว้ถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย
2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นการเผชิญต่อความรู้สึกเจ็บป่วย ของบุคคล เช่น ความเครียด ความรู้สึกกลัว ให้มีความรู้สึกทางบวกกับสิ่งที่เกิดขึ้น

3. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ ความหวัง ความเชื่อ
ด้านศาสนา

4. ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เป็นความรู้สึกรักของบุคคลต่อ
สิ่งแวดล้อมและบทบาทในสังคม

คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life: WHOQOL) เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมหลายมิติของชีวิตมนุษย์ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก ๆ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แนวคิดนี้ถูกพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดคุณภาพชีวิตในบริบทต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อการวิจัยและการประเมินผลที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับทั่วโลก

1. ด้านร่างกาย (Physical Health): หมายถึงสภาพทางร่างกายของบุคคล รวมถึงสุขภาพทั่วไป ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน พละกำลัง ความเจ็บปวดและความไม่สบาย ความผิดปกติทางร่างกาย และความสามารถในการทำงาน (WHOQOL Group, 1996)

2. ด้านจิตใจ (Psychological Health): ครอบคลุมถึงสุขภาพจิต ความรู้สึกมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต การคิดในทางบวก ความสามารถในการคิดและการเรียนรู้ ความสงบทางจิตใจ และการไม่มีความวิตกกังวล (WHOQOL Group, 1996)

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships): หมายถึงความสามารถในการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และความสามารถในการทำงานเป็นทีม ความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับคนอื่น (WHOQOL Group, 1996)

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment): ครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ ความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น เช่น การดูแลสุขภาพ การพักผ่อนหย่อนใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (WHOQOL Group, 1996)

การวัดคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHOQOL นี้ใช้เครื่องมือที่ถูกพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งสามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ในหลายบริบท ทั้งในด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพชีวิตในชุมชนต่าง ๆ การใช้เครื่องมือนี้ช่วยให้สามารถเปรียบเทียบคุณภาพ

ชีวิตในระดับนานาชาติได้และสามารถใช้ในการปรับปรุงนโยบายและการให้บริการด้านสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551).

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนั้นมีผลต่อการดำรงชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำเนินชีวิตและส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ โดยมีความหมายที่มีความแตกต่างกัน ตามแนวคิดแต่ละแนวคิด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิด ของ WHO (1996) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิต ซึ่งเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล ที่จะต้องรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (เขวาลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ซึ่ง ภาระอันหนักนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวในด้านร่างกายเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะยาว บางครั้งมีอาการรุนแรงหรือมีพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดคนเดี๋ยว คำว่าเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว ฆ่าตัวตาย เป็นต้น มี การศึกษางานวิจัยที่สนับสนุนว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลต้องประสบกับปัญหาหรือภาระทางด้านร่างกายเป็นอย่างมาก ได้แก่สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกอ่อนแอ หดแรงแรง มีการพักผ่อนไม่เพียงพอ (บุบผา ธนิกกุล, 2554) ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลใน ด้านการดำเนินชีวิตส่วนตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการและสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่นรับประทานอาหารมากกว่าเดิม หรือเบื่ออาหาร รับประทานได้น้อยลง บางรายมีอาการเป็น โรค ภาวะอาหาร เช่น ปวดท้อง นอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อย ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง จนสุขภาพเสื่อม โทรม (รจนา ปุณ โณทก, 2550) ในการเป็นผู้ดูแลขั้นต้นของผู้ป่วยจิตเภท

นั้น เกิดผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตด้านร่างกายแก่ผู้ดูแลเป็นอันมาก คือ มีภาระงานที่ต้องทำอย่างหนัก ไม่มีกำหนดเวลาที่แน่นอนจน รู้สึกเหนื่อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วยและสิ่งของ ต่างๆ บางครั้งถูกทำร้ายร่างกายจนได้รับบาดเจ็บ บางครั้งถูกรบกวนเรื่องการนอนหลับ การพักผ่อน ในรายที่เป็นคู่สมรส เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากผลข้างเคียงของ ยาบางชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ (เขวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540)

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) นอกจากผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแล้วการดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจควบคู่ไปด้วยเสมอ จากการที่ผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อนจากการดูแลนั้น ทำให้มีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ในแบบต่าง ๆ เช่น การปฏิเสธไม่ยอมรับ เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ มีการคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไป เกิดความรู้สึกต้องเครียดอยู่ตลอดเวลา ต้องคอยเฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเมื่อใด บางคนมีความรู้สึกว่าตนคิดว่าตนทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นโรคนี้ (Kane, 1984; เขวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ผู้ดูแลมีความเครียดกับการจัดการ กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รู้สึกหวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Sethabouppha, 2002) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเดือดร้อนใจ ขุ่นเคือง เศร้า โศก เศียด และกังวลในเรื่องต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเองและผลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย (วันเพ็ญ อึ้งวัฒน์ศิริกุล, 2550)

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) พบว่าผู้ดูแลมีภาระเกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต มีผลกระทบต่อการทำงานการบริหารเวลา และกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล (Sethabouppha, 2002) ทำให้ขาดการพักผ่อน ขาดการออกกำลังกาย มีเวลาพบเพื่อนน้อยลง มีเวลาร่วมกับครอบครัวน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างไป (เอื้ออารีย์ สาลีกา, 2543) ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานๆ และต่อเนื่องมักเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่เหนื่อยหน่าย เศียด ความอดทนลดลง ทำให้มีความขัดแย้งกันในครอบครัวได้เสมอ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ขาดความเป็นอิสระไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิม เพราะทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ลำพังนานไม่ได้ทำให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลงไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ (Ip & Mackenzie, 1998) จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาการดูแลจากคนในครอบครัวทำ

ให้สมาชิกในครอบครัวบางคนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวไม่สามารถประกอบอาชีพ สร้างฐานะทาง เศรษฐกิจและขาดความมั่นคงทางสังคม (ลิธัว ชูโต, 2553)

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลส่งผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมต่อผู้ดูแลและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง ทั้งในส่วนของความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ที่เป็น โรคจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย ก้าวร้าว รุนแรง ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น (เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ, 2545) อาจทำร้ายผู้อื่นได้และผู้ดูแลไม่สามารถที่จะควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ทำให้ถูกสังคมตีตรา กีดกันผู้ป่วยและคนในครอบครัวออกจากสังคม เนื่องจากถูกมองว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย และน่ารังเกียจ (ตันติมา ด้วง โยธา, 2553) และการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของคนในครอบครัวทำให้ ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมที่ลดลงทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่ จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีความยากลำบาก ทางด้านการเงินอยู่เดิม (Li et al., 2007)

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ผ่านมา การศึกษาของ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) พบว่า คุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับกลาง คุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับกลาง การศึกษาของเอมิกา กลยนิและคณะ (2558) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับกลาง

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีดังนี้ อายุ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) รายได้ (Li et al, 2007) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (Chan & Chang, 1999) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Erikson & Lindstrom, 2007) ภาระในการดูแลผู้ป่วย (Tomoko, Andrea & Hitoshi, 2003) และการสนับสนุนทางสังคม (Helgeson, 2003) โดยผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย เป็นการปรับตัวและเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรม การกระทำและการแสดงความรู้สึกเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อรักษาความสมดุลทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ถ้าผู้ดูแล สามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วก็จะไม่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิต แต่ถ้าผู้ดูแล ไม่สามารถปรับตัวได้ อาจเกิดความเครียด เบื่อหน่าย มีความคลุมเครือใน บทบาทหรือขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและ หากผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยว่า เป็นการคุกคามชีวิตของตนเอง อาจมีผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตได้ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) จากการศึกษาของ Chan & Chang (1999) ได้ศึกษาปัจจัย ที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังในฮ่องกง พบว่าระยะเวลาในการดูแล มีกระทบทางด้านบวกต่อผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลจะสามารถจัดการกับภาระงานที่ต้องดูแลและจะพัฒนา ทักษะในการดูแล ได้ดีเมื่อเวลาผ่านไป สอดคล้อง กับการศึกษาของ Hoyert & Seltzer (1996) ที่ พบว่าระยะเวลาการดูแลมีผลกระทบต่อ การดูแลของ ญาติผู้ป่วย และจากการศึกษาของ ชาญญานรณ์ ดาวน์พ้าว (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับ ความผาสุกของผู้ดูแล กล่าวคือ จำนวนเดือนที่ผู้ดูแล ให้การดูแลผู้ป่วยมากความผาสุกของผู้ดูแลก็จะมากขึ้น ดังนั้นระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล จากการศึกษาของแพทย์หญิงอัมรา บุญสาหร่าย (2563) พบว่า ระยะเวลาใน การดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเภท ($r = .929$)

4.2 ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแนวคิดที่สำคัญในการศึกษาทฤษฎีความสุข ซึ่งเป็น ทฤษฎีที่มุ่งค้นหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและมีความสุข ในชีวิต โดยการที่บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและยังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและมีความสุขได้ นั้น ต้องอาศัยแหล่งประ โยชน์ต่างๆ ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกถือเป็นแหล่งประ โยชน์ที่เป็น คุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลมีการจัดการกับสิ่งเร้าหรือปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Antonovsky, 1993) ในที่นี้จะขอกล่าวถึงความหมาย องค์ประกอบ การประเมินความเข้มแข็งใน การมองโลก และ ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลกไว้ ดังนี้ Antonovsky (1993) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของ

บุคคลอย่างเชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอก ก็จะสามารถเข้าใจ จัดการแก้ไข และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมายที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการ หรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่างๆ ในชีวิต จึงสามารถ ดำรงความมีสุขภาพดีและความผาสุกในชีวิตอยู่ได้ ชูชื่น ชิวพูนผล (2541) ได้ให้ความหมายความเข้มแข็งในการมองโลกไว้ว่า เป็นโครงสร้างทางบุคลิกภาพทางเจตคติและความเชื่อของบุคคล ที่เน้นมุมมองในด้านการทำความเข้าใจ และให้ความหมายกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการมองแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ สรุปได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึงความสามารถของบุคคลในการที่จะจัดการ และเผชิญต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นมุมมองในการเข้าใจสิ่งเร้า ที่เข้ามากระทบชีวิต สามารถบริหารจัดการ และให้ความหมายเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นมีความหมายที่จะ แก้ไข เพื่อให้สามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความผาสุกในชีวิตความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นมโนทัศน์หลักที่สำคัญของทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The salutogenic model) ของ Aaron Antonovsky (1993) นักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอิสราเอล ได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของบุคคลการเผชิญปัญหา และภาวะสุขภาพ ของบุคคล (Antonovsky, 1993) ทฤษฎีความผาสุกในชีวิต เป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตบุคคลมากกว่าการอธิบาย ปัจจัยหรือสาเหตุของโรค ทฤษฎีความผาสุกในชีวิต มองภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นวงจรต่อเนื่อง (Health continuum) โดยระดับความผาสุกสูงสุด จะอยู่ด้านริมสุดของวงจร เรียกด้านภาวะสุขภาพ ดี (Salutary end หรือ Health-ease) และความเจ็บป่วยจะอยู่ริมสุดด้านตรงกันข้ามกับความผาสุก เรียกด้านการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย (Health breakdown หรือDisease) ภาวะสุขภาพของ บุคคลจะอยู่ระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับความเครียด แรงกดดันที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม และความสามารถใน การต้านทานความเครียดของแต่ละคน ด้วยเหตุที่ความเครียด หรือสถานการณ์เครียด ที่คุกคามชีวิต ของบุคคลที่มีอยู่ทั่วไปในสภาวะแวดล้อมของมนุษย์ และเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงมีการตอบสนองความเครียดเกิดขึ้น โดยธรรมชาติในแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป การตอบสนองต่อความเครียดเป็นสิ่งที่สำคัญ ช่วยป้องกันให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพและความ ผาสุกในระดับสูงสุดของบุคคล ซึ่งอาศัยแหล่งปัจจัยต้านทาน

ความเครียด (Generalized resistance resources) ร่วมกับความเข้มแข็งในการมองโลกที่เป็นคุณลักษณะในตัวบุคคลช่วยส่งเสริมให้เกิดขึ้น Antonovsky ได้ข้อสรุปจากการศึกษาและการตั้งข้อสังเกตในกลุ่มเชลยสงครามที่ถูกกักกัน ซึ่งต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด พบว่ามีเชลยบางคนยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในขณะที่เชลยอีกหลายคนเกิดความเจ็บป่วย และมีความเครียด Antonovsky ได้สัมภาษณ์ เชลยสงครามที่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 51 ราย และทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ข้อสรุปว่า เชลยสงคราม กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดีนั้นเป็นกลุ่มบุคคลที่มองโลกหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนในลักษณะ 3 ประการ คือ (Antonovsky, 1987 อ้างถึงใน จรินทร์ รัตนวานิชกุล, 2554)

1. เหตุการณ์ หรือ สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกนั้น มีระบบระเบียบสามารถให้คำอธิบายด้วยเหตุและผลได้ และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้
2. เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เป็นความเครียด บุคคลสามารถหาแหล่งประโยชน์หรือมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้
3. เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่าและคุ้มค่าในการตอบสนองหรือแก้ไขให้สำเร็จลงไป

องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ (Antonovsky, 1993) ดังนี้

1. ความสามารถทำความเข้าใจ (Comprehensibility) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจ รับรู้ว่าสิ่งเร้าหรือความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกคนนั้น มีลำดับขั้นตอนชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน หรือเกิดขึ้นแล้วอธิบายไม่ได้ แต่สิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น สามารถจัดลำดับ เข้าใจ และทำนายได้ แม้ไม่อาจจะให้คำตอบอย่างชัดเจนแต่สามารถทำความเข้าใจ และให้ความรู้สึกกับสิ่งนั้นได้

2. ความสามารถในการจัดการ (Manageability) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้ควบคุม หรือจัดการกับสิ่งเร้าที่รบกวนชีวิต แหล่งประโยชน์เหล่านั้น อาจมาจากตนเอง หรือบุคคลอื่นที่เป็นกลุ่มคนที่ตนคุ้นเคยและไว้วางใจ เช่น คู่สมรส เพื่อนฝูง ผู้ใกล้ชิด ผู้ร่วมงาน สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ผู้นำในสังคมของแต่ละคน แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทาง

สุขภาพทำให้ไม่รู้สึกว่าเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่น่ากลัว สามารถเผชิญกับเหตุการณ์และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยความมั่นใจ ไม่รู้สึกหวาดกลัว หรือเศร้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

3. ความสามารถในการให้ความหมาย (Meaningfulness) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่า มีความหมาย เป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่าและรู้สึกยินดีที่จะเผชิญหรือจัดการแก้ไข โดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระที่ยุ่งยาก บุคคลจะทำการค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้น และจะทำดีที่สุด เพื่อให้ผ่านพ้นเหตุการณ์นั้น สามารถค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้น แสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมที่เอาชนะสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ เอมิกา กลยนิและคณะ (2558) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ($r=.583$) การศึกษาของ กุลธิดา เขียวผาดิ (2558) พบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจ ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักกีฬารักบี้ฟุตบอล

4.3 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ภาวะซับซ้อนได้ดี (พจนี ไตรเกษมศักดิ์ , 2553) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมี ภาวะสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้ดี

ความหมายของภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สนใจศึกษาและให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ดังนี้

WHO (1986) ให้ความหมายว่า ภาวะสุขภาพ คือ สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคมที่ดี ไม่หมายรวมเฉพาะการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

Orem (2001) กล่าวถึงว่า ภาวะสุขภาพ เป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ดีหรือปราศจากโรคภัยที่สามารถดำรงหรือพัฒนาโครงสร้างและการทำงานที่ของร่างกายและจิตใจ ภาวะสุขภาพเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม

การมีสุขภาพดี มิได้หมายความว่าไม่เกิดโรคนั้นแต่จะต้องสามารถใช้พลังงานที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

Pender (2002) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นสุขภาพที่เน้นถึงความเป็นองค์รวม (wholeness) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกของสังคม ไม่เพียงแต่ความไม่มีโรคและแข็งแรงเท่านั้น

Anderson (2005) ให้ความหมายของสภาวะสุขภาพว่า เป็นภาวะที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้เป็นอย่างดี เป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงสม่ำเสมอ และมีการปรับตัวต่อความเครียด เพื่อให้สู่ภาวะสมดุล

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่าภาวะสุขภาพ คือ “สุขภาพเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ของทางกาย ทางจิต ทางสังคมและจิตวิญญาณ

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545) ได้กล่าวว่าภาวะสุขภาพ คือ ภาวะแห่งความสุขในความปกติของร่างกาย จิตใจ ตั้งแต่เกิดในขณะที่ใช้ชีวิตและสิ้นชีวิต ทั้งในฐานะของปัจเจกบุคคลและในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะความสมบูรณ์ของ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีการปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลาเพื่อให้เกิดความสมดุลในแต่ละบุคคล ไม่สามารถแยกจากกันได้และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ทำให้บุคคลปราศจากโรคภัยและสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องไปและเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพนั้นจะต้องดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่ใช่อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ในเรื่องความเจ็บป่วยเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการพัฒนา และการเจริญเติบโต ขณะที่บางคนมี การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวน และคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ตามมาคือความกลัว ท้อแท้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้มีอิทธิพลต่อกำลังใจใน การต่อสู้ปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตแตกต่างกันด้วย (กาญจนา

ร้อยนาถ และคณะ, 2550)

องค์ประกอบของภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ประกอบด้วย

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่บาดเจ็บ มีเศรษฐกิจดี มีอาหารพอเพียง มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งคำว่า กายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วยเพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว จะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันได้ดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัส กับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการ เข้าถึงพระเจ้าเป็นเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับการเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุข ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความเปิดเผยซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ เอมิกา กลยนิและคณะ (2558)พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r=.564$) การศึกษาของ จิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ (2562) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรีได้

4.4 ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ รวมทั้ง การดำเนินชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแล ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนานและต่อเนื่อง จึงเป็นผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

ความหมายของภาระในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของภาระในการดูแลหลายแนวความคิด ดังนี้

Pai & Kapur (1981) ได้ให้ความหมายของ การรับรู้ภาระผู้ดูแล คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึงการ ได้รับพิศชอบ และดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะที่อยู่บ้านและความยากลำบากที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเป็นการรับรู้ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ประกอบด้วยปัจจัยการดูแล 2 ด้านคือด้านผู้ป่วยและด้านผู้ดูแล

Montgomery et al. (1985) ให้ความหมายว่า ภาระการดูแลเป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 มิติคือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรม การดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก หรือ การมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล

George and Gwyther (1986 cited in Susan et al., 1999) ให้ความหมายว่า เป็นความยากลำบาก หรือเป็นสิ่งที่รบกวนสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2554) ให้ความหมายว่า ภาระการดูแล คือ ความเครียดหรือภาระที่เป็นผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแล แบ่งเป็น ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล และภาระเชิงจิตวิสัย เป็นความคิดความรู้สึกหรือความกังวลใจอันเป็นผลมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อ สถานการณ์การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาระของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ว่าเป็นปัญหา ความยุ่งยาก หรือ เป็นสิ่งที่รบกวนตนเองในการดำเนินชีวิต โดยแบ่งเป็นภาระที่รบกวนการทำกิจวัตรประจำวันและ ภาระที่รบกวนความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่า ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาระในรูปแบบที่แตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละคน ซึ่งแนวคิดที่จะนำไปใช้ควรที่จะเป็นแนวคิดที่ตรงกับความสนใจของแต่ละคนและเหมาะสมกับงานวิจัย นั้นๆ สำหรับแนวความคิด

เกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในงานวิจัยนี้คือ แนวความคิดภาระ ของผู้ดูแล (Caregiver burden) ของ Montgomery et al. (1985) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแล ผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความชัดเจน

องค์ประกอบของภาระของผู้ดูแล

Montgomery et al. (1985) ได้แบ่งภาระของผู้ดูแลออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทาง อารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเคียดแค้น อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และทัศนคติของผู้ดูแล
2. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการ ดำเนิน ชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ได้แก่ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมี กิจกรรมร่วมใน สังคม ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

จากการศึกษาภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของอเมริกา กลยนิและคณะ (2558) พบว่า ภาระ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปาน กลาง ($r = -.629$) การศึกษาของ นิพร ชัดตา (2561) พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r = -.524$) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

4.5 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจาก เป็นแหล่งประ โยชน์ของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจาก เหตุการณ์ใน ชีวิต (ทีปประพิน สุขเขียว, 2543) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรทางจิต สังคมที่มีผลต่อ ภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ (อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2546)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยมีนักวิจัยได้ให้ ความหมายซึ่ง มีทั้งแตกต่างกันและคล้ายคลึงกัน ดังนี้

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูล

ที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเอง เป็นส่วนหนึ่ง ของเครือข่ายทางสังคมที่มีการติดต่อ และผูกพันกันและกัน

House (1981) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่ง ประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้ข้อมูล ข่าวสาร แรงงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ได้เสนอแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคล ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคล ในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Baker (2007) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดหรือการติดต่อสื่อสารที่ส่งผลในลักษณะที่แตกต่างไปตามลักษณะของบุคคลและเหตุการณ์ที่เข้าไปให้การสนับสนุนด้วย

Kim, Sherman and Taylor (2008) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นแนวทางและวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงที่จะช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับวิกฤตในชีวิตรวมทั้งความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นยังเป็นเรื่องระหว่างปัจเจกบุคคลด้วยกัน

Nation Cancer (NCI: 2014) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านและสมาชิกในชุมชน ให้ความช่วยเหลือในด้านความต้องการทางกายภาพ อารมณ์ และการเงิน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2544) กล่าวถึง การเกื้อหนุนทางสังคมว่า คือ ระบบที่ประกอบไปด้วยบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยแต่ละคนมีเอกลักษณ์ทางสังคมที่แตกต่างกัน โดยผ่านเครือข่ายที่ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยการเกื้อหนุนนี้มีทั้งด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของและด้านอื่นๆที่จำเป็น

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มี การติดต่อ และผูกพันซึ่งกันและกัน เพื่อนำมาซึ่งความพอใจ เป็นแหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองให้ บรรลุถึงสุขภาพที่ดีและความผาสุก ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการการสนับสนุนทาง

สังคมตาม องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองได้รับการเอาใจใส่ ได้รับการสนทนิตสนม มีความผูกพันรักใคร่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและควมรู้สึกมีคุณค่า (Esteem support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองและผู้อื่นยอมรับและมองเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนแบบเครือข่าย (Network support or social support) ช่วยให้ผู้คนที่รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีส่วนร่วมในสังคมของตัวเอง

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองได้รับความใกล้ชิด ความผูกพัน ความรู้สึกอบอุ่นใจ เชื่อมั่นและวางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจ คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของเครื่องใช้ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของการเงินหรือบริการ

บุญพา ณ นคร (2538) ได้นำแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) มาแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางจิตวิทยา และการสนับสนุนทางด้านสิ่งของที่จับต้องได้ ดังนี้

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองได้รับความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพัน
2. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองและผู้อื่นยอมรับและมองเห็นคุณค่าของตน
3. การได้มีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network

support) หมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีส่วนร่วม เป็นเจ้าของในสังคม

4. การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหาและได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของ บุคคล

5. การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ (Tangible support) หมายถึงการ ที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ โดยให้สิ่งของ เงินทอง หรือการช่วยเหลือบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของ เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ การศึกษาของเอมิกา กลยน์และคณะ (2558) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ ($r=.605$) การศึกษาของ นิพร ชัดตา (2561) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r = -.524$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรีได้ (จิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น สัมพันธภาพในครอบครัว สถานะภาพของผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยด้านระยะเวลาการดูแล ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ WHO มาใช้ในงานวิจัยนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเกาะหวาย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 747 คน (ข้อมูล ณ กันยายน 2565 ; HDC, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในอำเภอเกาะหวาย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 110 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลัก มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติโดยตรงของผู้ป่วยจิตเภท เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา หลาน หรือญาติที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยจิตเภท โดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือนขึ้นไป ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าผู้ดูแลคนอื่นๆ ในแต่ละวัน โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ
3. สามารถสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางร่างกายร้ายแรงหรือโรคทางจิตเวชจากการวินิจฉัยโดยแพทย์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจที่มีผลต่อการให้ข้อมูล เช่น ปวดศีรษะ เกรียด วิตกกังวลฯ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาโดยการใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 (Cohen, 1997) Alpha เท่ากับ .05 ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรต้น 5 ตัวแปร โดยจากการคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 92 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนและข้อมูลที่ได้อาจไม่มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) คิดเป็นจำนวน 18 คน การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 110 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดกรองและจัดทำทะเบียนรายชื่อจากฐานข้อมูล โรงพยาบาลน่าจะหลายของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอกร่วมกับเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน่าจะหลาย

2. จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัดในแต่ละวัน โดยดูจากระบบนัดของโรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละวันจะมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพาผู้ป่วยมารับบริการประมาณวันละ 20-30 คน ผู้วิจัยทำฉลากเพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จากนั้นผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจับฉลากได้ก่อน หากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจับฉลากได้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจะสุ่มตัวอย่างใหม่โดยทำการจับฉลากใหม่อีกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างรายงานข้อมูลด้วยตนเอง (Self – report questionnaire) แบบสอบถามประกอบไปด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก ตามแนวคิดของ Antonovsky (1987) ฉบับภาษาไทยปรับปรุงโดยกาญจนา ขาวนอก (2547) และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วมาใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 250 คน ได้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกนี้มีทั้งหมด 29 ข้อประกอบด้วย ข้อที่มีความหมายทางบวก 16 ข้อและข้อที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อแต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนนไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ	1 คะแนน
	ระดับคะแนนไม่เห็นด้วยปานกลาง คือ	2 คะแนน
	ระดับคะแนนไม่เห็นด้วยเล็กน้อย คือ	3 คะแนน
	ระดับคะแนนไม่แน่ใจ คือ	4 คะแนน
	ระดับคะแนนเห็นด้วยเล็กน้อย คือ	5 คะแนน
	ระดับคะแนนเห็นด้วยปานกลาง คือ	6 คะแนน
	ระดับคะแนนที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ	7 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 – 203 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง คะแนนน้อยหมายถึงมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF36 (The Short Health Survey-36) พัฒนา

โดย John E. Ware Jr.(1988) ฉบับภาษาไทย โดย วชิรี เถอมานกุล และปารณีย์ มีแต้ม (2548) หลังแปลเป็นภาษาไทยได้นำไปมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างคนทั่วไปจำนวน 448 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70-.86 และได้ปรับปรุงแบบประเมินภาวะสุขภาพ โดยทำการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพจิตในกรุงเทพฯ จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อในแบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF-36 มีค่าคะแนนแตกต่างกันไปในคำถามแต่ละข้อ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

ระดับคะแนนถูกต้องที่สุด	คือ	5 คะแนน
ระดับคะแนนถูกต้องส่วนมาก	คือ	4 คะแนน
ระดับคะแนนไม่ทราบ	คือ	3 คะแนน
ระดับคะแนนไม่ถูกต้องส่วนมาก	คือ	2 คะแนน
ระดับคะแนนไม่ถูกต้องเลย	คือ	1 คะแนน

การแปลผล โดยรวมและรายด้าน คัดโดยนำคะแนนที่ได้มา เทียบเป็น 100 คะแนน จุดตัดที่ 50 คะแนน (วชิรี เถอมานกุล และปารณีย์ มีแต้ม, 2548) คือ

คะแนนโดยรวม = คะแนนที่ได้ x 100 คะแนนรวมทั้งหมด

การแปลผล คะแนนสูง คือ 51-100 คะแนน หมายถึง การมีภาวะสุขภาพดี

คะแนนต่ำ คือ 0-50 คะแนน หมายถึง การมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

การแปลผลคะแนนในการศึกษาครั้งนี้ โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อคะแนนมาก หมายถึง มี ภาวะสุขภาพดี คะแนนน้อยหมายถึงมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างขึ้นตาม

แนวคิดของ Montgomery et al.(1985) ฉบับภาษาไทยของนุบผา ธนิกกุล (2554) ได้นำมาปรับปรุงใหม่เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำไปใช้ศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 2 มิติ คือ 1) ภาระการดูแลเชิงปรนัย (objective burden) 2) ภาระการดูแลเชิงปรนัย (subjective burden) มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกลึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

การประเมินภาวะ เป็นการประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ	ระดับ
คะแนนมากที่สุด	คือ 1 คะแนน	คือ 5 คะแนน	
ระดับคะแนนมาก	คือ 2 คะแนน		คือ 4 คะแนน
ระดับคะแนนปานกลาง	คือ 3 คะแนน		คือ 3 คะแนน
ระดับคะแนนน้อย	คือ 4 คะแนน		คือ 2 คะแนน
ระดับคะแนนน้อยที่สุด	คือ 5 คะแนน		คือ 1 คะแนน

การแปลผล โดยนำคะแนนที่ได้มาพิจารณา โดยแยกเป็นรายด้านและโดยรวม โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 24 -120 คะแนน

การแปลผลคะแนนในการศึกษาครั้งนี้ โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภตน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ของเซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ใช้ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมของคนไทย (SSQ) ต่อมาได้มีการปรับปรุงเพื่อใช้ในการวัดแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีอาการจิตเภทโดยแก้วดา มีศรี (2554) และได้นำไปศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีจำนวนคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ระดับคะแนนน้อยที่สุด	คือ 1 คะแนน	คือ 5 คะแนน
ระดับคะแนนเล็กน้อย	คือ 2 คะแนน	คือ 4 คะแนน
ระดับคะแนนปานกลาง	คือ 3 คะแนน	คือ 3 คะแนน
ระดับคะแนนมาก	คือ 4 คะแนน	คือ 2 คะแนน
ระดับคะแนนมากที่สุด	คือ 5 คะแนน	คือ 1 คะแนน

คะแนนคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24 – 120 คะแนน

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย

ส่วนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF) ของกรมสุขภาพจิต (2545) ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม สามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 มีทั้งหมด 26 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีข้อความทางลบ 3 ข้อ และ ข้อความทางบวก 23 ข้อ

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ระดับคะแนน ไม่เลย	คือ 5 คะแนน	คือ 1 คะแนน
ระดับคะแนนเล็กน้อย	คือ 4 คะแนน	คือ 2 คะแนน
ระดับคะแนนปานกลาง	คือ 3 คะแนน	คือ 3 คะแนน
ระดับคะแนนมาก	คือ 2 คะแนน	คือ 4 คะแนน
ระดับคะแนนมากที่สุด	คือ 1 คะแนน	คือ 5 คะแนน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตต่ำ

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกของ กาญจนาวานอก (2547) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Antonovsky (1987) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF36 (The Short Health Survey-36) ของ วัชรวิ เอลมานกุล และปารณีย์ มีเต็ม (2548) ที่พัฒนามาจากแบบวัดของ John E. Ware Jr.(1988) แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) แบบสอบถามการสนับสนุนทาง

สังคมของแก้วตา มีศรี (2554) ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF) ของกรมสุขภาพจิต (2545) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงแต่อย่างใด จึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต ทั้งหมดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ให้ทำการประเมิน โดยตนเอง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .80 ขึ้นไป (รัตนศิริ ทาโต, 2561) ซึ่งผลการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือเป็นดังนี้

แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก มีค่าความเชื่อมั่น .81

แบบสอบถามภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .85

แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .94

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .95

แบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโครงการวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ยื่นเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการเลขรหัสที่ G-HS094/2565(E1) แล้วจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยที่กำหนดไว้ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตลอดจนปกป้องศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัย และรักษา

ผลประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของการวิจัย วิธีการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ทราบข้อมูล การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับเพื่อเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้เสมอ การปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ต้องมีการแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัยและผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของผู้ที่ถอนตัวจากการวิจัยทันทีสำหรับ กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเป็นไปตามมาตรการป้องกันโควิด 19 หลังการตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ด้วยตนเอง แบบสอบถามที่ตอบกลับมาแล้วจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใดๆ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในระบบที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัย มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยจัดทำหนังสือและขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนรายละเอียดของการทำวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
3. ภายหลังจากได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม

เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัยทราบ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามไม่อนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยหรือสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างคนอื่นๆ

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้ง ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามคืนหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบประเมินอีกครั้ง คัดแยกแบบสอบถามที่สมบูรณ์และรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่กำหนดแล้ว และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายของคุณภาพชีวิตด้วยสถิติสมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ทั้งนี้ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ ซึ่งตัวแปรตามจะต้องมีแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ตัวแปรต้นแต่ละตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันหรือเป็นอิสระต่อกัน (multicollinearity) ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม (linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) และความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออิทธิพลของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเกาะลพบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 110 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ผลการศึกษาที่ได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ตอน นำเสนอเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
 ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม
 ตัวอย่าง ($n = 110$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	49	44.5
หญิง	61	55.5
อายุ		
16 – 30 ปี	13	11.8
31 – 45 ปี	35	31.8
46 – 60 ปี	44	40.0
60 ปีขึ้นไป	18	16.4
(Mean = 47.19, SD = 12.76)		
ระยะเวลาในการดูแล		
1 – 5 ปี	49	44.5
6 – 10 ปี	33	30.0
11 – 15 ปี	7	6.4
16 – 20 ปี	9	8.2
21 – 25 ปี	2	1.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
26 – 30 ปี	6	5.5
30 ปีขึ้นไป	4	3.6
(Mean = 9.95, SD = 9.316)		
สถานภาพ		
สมรส	55	52.0
โสด	34	30.9
หม้าย	13	11.8
หย่าร้าง	6	5.5
แยกกันอยู่	2	1.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	58	52.7
มัธยมศึกษา	46	41.8
อนุปริญญา	2	1.8
ปริญญาตรี	4	3.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	58	52.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22	20.0
รับจ้างทั่วไป	20	18.2
ค้าขาย	5	4.5
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	5	4.5
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	83	75.5
5,001 – 10,000 บาท	16	14.5
10,001 บาทขึ้นไป	11	10.0
(Mean = 5595.45, SD = 7623.58)		
ภาวะสุขภาพโรคประจำตัว		
ไม่มี	87	77.0
มีโรคประจำตัว	23	23.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	26	23.6
แม่	23	20.9
พี่	14	12.7
อื่นๆ	13	11.8
น้อง	12	10.9
สามี	8	7.3
พ่อ	7	6.4
ภรรยา	7	6.4

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 อายุ 46 – 60 ร้อยละ 40 ระยะเวลาในการดูแล 1 – 5 ปี ร้อยละ 44.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาจบชั้นประถม ร้อยละ 52.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 75.5 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77 และส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 23.6

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($n = 110$)

ตัวแปร	Mean	SD	Range	
			Actual	Possible
คุณภาพชีวิตโดยรวม	85.71	16.38	43-118	26-130
- คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	23.22	4.12	14-35	7-35
- คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	20.33	4.54	9-30	6-30
- คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.48	2.22	4-15	3-15
- คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	26.15	5.44	12-40	8-40

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 85.71 (SD = 16.38) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($\bar{x} = 23.22$, SD = 4.12) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($\bar{x} = 20.33$, SD = 4.54) คุณภาพชีวิตด้าน สัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{x} = 9.48$, SD = 2.22) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 26.15$, SD = 5.44)

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($n=110$)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	26 - 60	4	3.6
ระดับปานกลาง	61 - 95	76	69.1
ระดับดี	96 - 130	30	27.3

(Mean = 85.71, SD = 16.38)

จากตารางที่ 3 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 คุณภาพชีวิตต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($n = 110$)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	SD	Range	
			Actual	Possible
ความเข้มแข็งในการมองโลก	123.66	15.64	87-161	29-203
ภาวะสุขภาพ	59.12	7.83	43-93	24-100
ภาระในการดูแล	61.51	16.74	28-112	24-120
การสนับสนุนทางสังคม	84.27	15.52	44-120	24-120
ระยะเวลาในการดูแล	9.95	9.31	1-42	

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกเท่ากับ 123.66 (SD =15.64) คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพเท่ากับ 59.12 (SD =7.83) คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลเท่ากับ 61.51 (SD =16.74) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 84.27 (SD =15.52) และคะแนนเฉลี่ยระยะเวลาในการดูแลเท่ากับ 9.95 (SD =9.31)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพ ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติสมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ตัวแปรต้นอาจเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative variables) ที่มีระดับการวัด interval/ratio scale หรือตัวแปรนามบัญญัติ (nominal scale) ที่มีค่าที่เป็นไปได้เพียง 2 ค่า (Dichotomous) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่ศึกษาเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัด interval/ratio scale เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ ระยะเวลาในการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพ ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

- ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายเป็นแบบปกติ (normal distribution) เมื่อพิจารณาจากกราฟ Histogram ของข้อมูลแต่ละตัวแปร พบว่า กราฟ Histogram มีลักษณะเป็นรูปประฆังคว่ำที่ค่อนข้างมีความโค้งสมมาตรกัน ซึ่งแสดงว่าข้อมูลของแต่ละตัวแปรมีการกระจายเป็นแบบปกติ (normal distribution)

- กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากประชากร (Random sampling) ในการศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเพื่อเป็นตัวแทนของประชากร และจากการทดสอบทางสถิติพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากประชากร

- ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 เป็นแบบเส้นตรง (linear relationship) จากกราฟ Scatterplot และจากการทดสอบด้วยสถิติ F-Test พบว่า ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

- ค่าความคลาดเคลื่อน (e หรือ ϵ หรือ Residual) มีการแจกแจงปกติ ซึ่งจากการทดสอบด้วย standardized Residual Plot กราฟ Histogram และการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov (K-S) พบว่า p-value = .177 แสดงให้เห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ

- ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) เมื่อพิจารณา Scatterplot ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม และ Scatterplot ระหว่างค่าตัวแปรตามที่ทำนายได้จากสมการถดถอยกับค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย พบว่าลักษณะของ Scatterplot เป็นลักษณะของ Homoscedasticity

- ไม่มีค่าผิดปกติ (outliers) เมื่อพิจารณาจาก Scatterplot ค่าตัวแปรตามที่ทำนายได้จากสมการถดถอยกับค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย พบว่า การกระจายของจุดอยู่ระหว่าง - 3 และ + 3 ซึ่งถือว่าไม่มี outliers

- ความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระ หรือเรียกว่าไม่มี Autocorrelation ซึ่งจากการทดสอบทางสถิติพบว่า ค่า Durbin Watson = 1.611 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5 – 2.5 จึงสรุปได้ว่าค่าความคลาดเคลื่อนไม่มี Autocorrelation

- ตัวแปรต้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูง หรือไม่มี Multicollinearity จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่า < .85 (ดังตารางที่ 5) จึงสรุปได้ว่า ไม่มี Multicollinearity

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n=110)

	คุณภาพชีวิต	ระยะเวลาในการดูแล	ความเข้มแข็งในการมองโลก	ภาวะสุขภาพ	ภาระในการดูแลผู้ป่วย	การสนับสนุนทางสังคม
คุณภาพชีวิต	1					
ระยะเวลาในการดูแล	.086	1				
ความเข้มแข็งในการมองโลก	-.048	.074	1			
ภาวะสุขภาพ	.110	-.056	.076	1		
ภาระในการดูแล	-.345*	-.055	.069	-.135	1	
การสนับสนุนทางสังคม	.322*	-.036	.035	.071	-.156	1

* $p < .05$

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้วยวิธีการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งตัวแปรต้น ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพ ภาระในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($n = 110$)

ตัวแปร	R	R ²	b	SE	β	t	P-value
	change						
Constant	-	-	2.14	.268	-	7.98	<.001
ภาระในการดูแลผู้ป่วย	.119	.119	-.199	.058	-.302	-3.43	<.01
การสนับสนุนทางสังคม	.193	.074	.259	.083	.276	3.13	<.01

$R^2 = .193$, $Adjust R^2 = .178$, $F_{(2, 107)} = 12.79$; $p < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมโดยตัวแปรทั้งสองตัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 19.3 ($R^2 = .193$, $p < .01$) ได้แก่ ภาระในการดูแลผู้ป่วย ($\beta = -.302$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .276$, $p < .01$) ซึ่งเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

1. สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\text{คุณภาพชีวิต} = 2.14 - 0.199(\text{ภาระในการดูแลผู้ป่วย}) + 0.259(\text{การสนับสนุนทางสังคม})$$

2. สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = -0.302(Z_{\text{ภาระในการดูแลผู้ป่วย}}) + 0.276(Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}})$$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 110 คน เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2566 กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มแบบง่าย (Simple sampling random) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .81, .85, .94, .95 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยวิธีสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

- ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.5 เพศชาย คิดร้อยละ 44.5 มีอายุเฉลี่ย 47.19 ปี (SD = 12.76) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 9.95 ปี สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 52.7 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 75.5 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 77 และผู้ดูแลมีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 23.6
- คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 85.71 (SD = 16.38) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลโดยรวมเท่ากับ 123.66 (SD = 15.64) อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพเท่ากับ 59.12 (SD = 7.83) อยู่ในระดับมีภาวะสุขภาพดี คะแนนเฉลี่ย
ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยรวมเท่ากับ 61.51 (SD = 16.73) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน
เฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลโดยรวมเท่ากับ 84.27 (SD = 15.52) อยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจากการวิเคราะห์ถดถอย
แบบพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่ม
ตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ภาระในการดูแลผู้ป่วย ($\beta = -.302, p < .001$)
และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .276, p < .002$) โดยทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันทำนาย
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 19.3 ($R^2 = .193, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถอภิปรายผลของการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้
ดังต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 85.71 (SD = 16.38) อยู่ในระดับปานกลาง และจากการผล
การวิเคราะห์แยกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน
สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางทุก
ด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.5 ซึ่งเพศหญิงเป็นเพศที่
อ่อนโยน มีความละเอียดรอบคอบ มีความใส่ใจในการดูแลและในสังคมไทยเพศหญิงมักจะจัดการ
สิ่งต่าง ๆ ภายในครัวเรือนได้ดีกว่าเพศชาย ดังนั้นส่วนใหญ่เพศหญิงจึงมักได้รับหน้าที่ในการดูแล
สมาชิกที่มีอาการเจ็บป่วยภายในครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตร
ของผู้ป่วยร้อยละ 23.6 รองลงมาเป็นมารดาร้อยละ 20.9 และเป็นพี่ร้อยละ 12.7 ซึ่งความสัมพันธ์
ทางตรงของครอบครัว ทำให้การดูแล มีความเอื้ออาทร มีความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยและ
คุ้นเคยกับผู้ป่วย ขอมรับการเจ็บป่วยและความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในตัวผู้ป่วยได้ และมีการปรับตัว
พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาตนเองกับประสบการณ์ต่างๆ ในการดูแล ส่งผลให้
มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ทั้งนี้อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ของผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 47.19 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง
เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบสูงทั้งในครอบครัว สังคม และหน้าที่การงาน อีกทั้งยังวัยที่เป็นระยะ
เริ่มต้นของการเสื่อมโทรมและการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากมี

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ซึ่งผู้ดูแลอาจจะเกิดความวิตกกังวล และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ ผู้ดูแลมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 9.95 ปี ซึ่งช่วงระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยน่าจะสามารปรับตัวและพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้เพิ่มขึ้น แต่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ซึ่งลักษณะของโรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการดำเนินโรคมียากการกำเริบเกิดขึ้นได้และลักษณะของโรคเป็นโรคแบบเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวันและการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในแทบทุกเรื่อง การที่ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า และเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลง ผู้ดูแลจึงเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย และมีความพอใจในชีวิตน้อยลงได้ จึงอาจทำให้ผลการศึกษาคั้งนี้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแพทย์หญิงอัมรา บุญสาหร่าย (2563) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิชชดา วิทวัสสำราญกุล (2564) ที่พบผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ส่วนมากอยู่ในระดับดี

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วย ($\beta = -.302, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .276, p < .002$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 19.3 ($R^2 = .193, p < .05$)

2.1 ภาระในการดูแล จากผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -.302, p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ถือเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิม ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น ใช้เวลาในการทำกิจกรรมนานขึ้นและในขณะที่เดียวกันก็ทำให้รู้สึกมีความลำบากมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระ ทำให้เกิดความเครียดและมีเวลาทำกิจกรรมตามความต้องการของตัวเองลดน้อยลง ความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลงจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ ซึ่ง Montgomery et al. (1985) ได้กล่าวไว้ว่า ภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งเชิงอัตนัยและ

เชิงประนัย เนื่องมาจากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีวันหยุด ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้ดูแลสูญเสียเวลาส่วนตัวไปและกิจกรรมทางสังคมลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กระสิน เขียวปิงและเสาวนีย์ กุลเสวตร์ (2566) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน จังหวัดลำปาง พบว่า คุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรับรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัย และสอดคล้องกับการศึกษาของเอมิกา กลยนิ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรีและโรงพยาบาลพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.629, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิพร ชัดตา (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ($r = -.524, p < .01$)

2.2 การสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = .276, p < .002$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแลได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bengtsson-Top et al., 2001) การได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดและมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจัดการปัญหาอุปสรรคในการดูแลได้ดีขึ้น ไม่มองภาระการดูแลเป็นความทุกข์ ปรับตัวกับความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (พัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2549) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้อง

กับการศึกษาของภาคินี เดชชัยศและคณะ (2564) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Karina Megasari Winahyu (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ ภาระการดูแลและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอินโดนีเซีย พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีขนาดของความสัมพันธ์มากที่สุดกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ($r = .58, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของธำรินทร์ คุณยศยิ่ง (2558) ที่ศึกษาการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .94, p < .01$)

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 ระยะเวลาในการดูแล ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของของแพทย์หญิงอัมรา บุญสาหร่าย (2563) ที่พบว่า จำนวนปีในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.073, p < .030$) ทั้งนี้ ระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกๆ ผู้ดูแลอาจจะมีเครียดสูงแต่เมื่อเวลาผ่านไปอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะ มีความชำนาญในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวได้ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลเท่ากับ 9.95 ปี และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับครอบครัว จึงอาจทำให้ผู้ดูแลมีความห่วงใย คำนึงกับผู้ป่วย ยอมรับการเจ็บป่วยและความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในตัวผู้ป่วยได้ จึงอาจทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

3.2 ความเข้มแข็งในการมองโลกไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์และคณะ (2560) ที่พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($\beta = 0.072, p < .00$) ทั้งนี้ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งประโยชน์ที่อยู่ภายในตัวบุคคล ทำให้มีความสามารถในการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความเข้าใจ สามารถควบคุมหรือจัดการกับสิ่งเร้าและเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามา

กระทบในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตด้วยความผาสุก มีความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง มองโลกและสิ่งต่างๆ ในแง่ดี มีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง (Antonovsky A., 1993) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกมากจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ (Tang S., 2008)

3.3 ภาวะสุขภาพไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เอมิกา กัลยนิ และคณะ (2558) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r=.564$) และการศึกษาของ จิรนนท์ ปุริมาศย์ และคณะ (2562) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรีได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะสุขภาพมีหลายองค์ประกอบรวมกัน ซึ่งเป็นทั้งภาวะสุขภาพที่วัดได้โดยตรง (objective measure) และเป็นการรับรู้ของบุคคล (subjective perception) (Wiklund, Lindvall, & Swedberg, 1986) ภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้เป็นอย่างดี เป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงสม่ำเสมอ และมีการปรับตัวต่อความเครียด เพื่อให้สู่ภาวะสมดุล นอกจากนี้ภาวะสุขภาพยังเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม การมีสุขภาพดี มิได้หมายความว่าไม่เกิดโรคนั้น แต่จะต้องสามารถใช้พลังงานที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ (Orem, 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 77 ไม่มีโรคประจำตัว และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 59.12 อยู่ในระดับปานกลาง จึงอาจทำให้การศึกษานี้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยลดภาระการดูแลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

2. ด้านการศึกษาอาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อหาตัวแปรอื่นๆ มาร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ควรศึกษารูปแบบหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแล
3. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยและพัฒนาแบบการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ดีขึ้น

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

กชพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลีอนุชวณิชัย, & รัชนิกร เกิดโชค. (2558).

ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท PREDICTING FACTORS OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA.

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(3), 99-112.

กรมสุขภาพจิต. (2563). โรคจิตเภทและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต.

Retrieved 7/10/2564 From www.dmh.moph.go.th

กรมสุขภาพจิต. (2563). โรคจิตเภทและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. Retrieved from

www.dmh.moph.go.th. Retrieved Retrieved 7/10/2564 www.dmh.moph.go.th

กระทรวงสาธารณสุข. (2022). Retrieved 2022 Feb 27 From HDC - Dashboard (moph.go.th)

กระสิน เขียวปิง, & เสาวนีย์ กุลเสวตร์. (2566). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารกรมการแพทย์, 48(1), 80-86.

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต. Retrieved 2022 Feb 24 From

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>

จอม สุวรรณ โณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง.

วารสารการพยาบาลศาสตร์, 7(3), 147-154.

จารุวรรณ มานะสุการ. (2544) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์, สุรีพร ธนศิลป์, & นพมาศ พัดทอง. (2560).

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. Royal Thai Navy Medical Journal, 44(2), 111-130.

จินตนา ยูนิพันธ์, & วราภรณ์ ชัยวัฒน์. (2550) เอกสารคำสอนรายวิชาทฤษฎีทางการพยาบาล.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

จิรนนท์ ปรีมาตย์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน

จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(4), 610-619.

จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษา

ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, 14(2), 30-39.

- ชนัญดาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, & วรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา, 4(1), 62-75.
- ณัฐพัชร์ สิมะรังษัตถ์. (2018). อิทธิพลของอำนาจและสถานะต่อความเข้าใจผู้อื่น: ความสามารถในการเข้าใจทัศนคติผู้อื่นและการแพร่ทางอารมณ์ Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD), 2877. Retrieved from <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/2877>
- ณัฐรมย์ ชุตติกาโม, รุ่งระวี นาวิเจริญ, & วรุตม์ โล่ห์ศิริวัฒน์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม. Royal Thai Navy Medical Journal, 44(3), 103-116.
- ณัฐวรา เชื้อหอม. (2017). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว กรุงเทพมหานคร. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). 1567. Retrieved from <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/1567>
- เดชชัยศและคณะ, ภ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/248466].วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(3), 170.
- ต้นติมา ค้วงโยธา. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้ปรึกษาเป็นรายบุคคล(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา), บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ธำรินทร์ คุณยศยิ่ง. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแลการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ พยาบาลสาร, 42(พิเศษ), 107-117.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2550). โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิ่วโรเลียดิกที่ร้ายแรง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นพรัตน์ ไชยชานี. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย,
- นมิตา ล.สกุล. (2544). ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอคส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิพร ชัดตา, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, & อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2018). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรภาวะการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทาง

- ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *Journal of Health and Nursing Education*, 24(2), 108-129.
- ปวิตรา ทองมา. ปัจจัยทำนายสุขภาวะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย,
พงษ์สิทธิ์ศักดิ์, พ. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรัญในการดูแล
ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวังกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย
จิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. Retrieved from
<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/11081>
- พจน์นที กาศสกุล. (2553). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พนม เกตุมาน. (2550). คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. Retrieved 14/12/2021,
from http://www.psyclin.co.th/new_page_15.htm
- พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์, & ชุติมา ประทีปะจิตติ. (2541). คุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยจิตเวชญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ: เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา.
วารสารกรมสุขภาพจิต, 5(3), 16-23.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, & สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิชชดา วิทวัสสำราญกุล. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 40(1), 19-29.
- พิมพ์ผกา กิตติวงศ์อื่น. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้
สารเสพติด. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย,
พุดิชาดา จันทะคุณ, & เพ็ญพักตร์ อุทิส. (2017). ผลของกลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมต่อการบริโภค
แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์* THE EFFECT OF GROUP
BEHAVIORAL INTERVENTION ON ALCOHOL CONSUMPTION OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(1), 88-103.
- เฟื่องฟ้า สีสวย. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาชิตี. กรุงเทพฯ:
บริษัทบี ขอนค้ เอ็น เทอร์ไพรซ์ จำกัด.

ภคินี เดชชัยศและคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(3), 170.

เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลก
ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญญา ศรีธราพัฒน์, & มณีรัตน์ พรหมณี. (2015).

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาใน
เขตอำเภอโนนรัมย์ จังหวัดชัยนาท Nursing Journal of The Ministry of Public Health,
24(3), 104-118.

รจนา ปุณโณทก. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. ชลบุรี,
มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัชณี อุทัยพันธ์. (2556). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. 27(1), มกราคม - เมษายน 2556.

รัชนิกร เกิดโชค. (2556). ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. Retrieved 04/12/2021
from <http://blog.stouhealth.com/?p=853>

ดิษฐ์ ชูโต. (2553). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ สารนิพนธ์ สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาการบริหารและนโยบาย สวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วารภรณ์ สันธุโสภิต. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). . กรุงเทพฯ,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Retrieved from <https://www.car.chula.ac.th/>

วิศรา ม่วงช่วง, & นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน
ลิ้นหัวใจ Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 25(2), 62-76.

วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการ
รักษาด้วยเคมีบำบัด. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีสุดา วนาลีสิน, ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, พรรณี อ่าวเจริญ, & จิตลัดดา ไชยมงคล. (2546).

ปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. . วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 11(3), 121-131.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพฯ: ร้านเจปรีน.

เสาวลักษณ์ มนูญญา. (2560). ผลการจัดบริการพยาบาลผ่าตัดตามแนวคิดลิ้นต่อระยะเวลาการ
รอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. JOURNAL OF THE

POLICE NURSES, 9(1), 72-81.

เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เสาวลักษณ์ สวรรณไมตรี, & นางสาวอุษา ถิ่นชิว. (2560). คู่มือวิทยากรหลักสูตรการบำบัดทางสังคมจิตใจ. กรุงเทพฯ: บริษัทบี ยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551).

รายงานการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชากรไทย.

สิริรัตน์ ตัญบุตร, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, & นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2564).

ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน. Retrieved from:

<https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/72079>.

สุทธดา บัวเงิน, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, & อุปเสน., ร. (2016). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*
EFFECTS OF BRIEF FAMILY SUPPORT INTERVENTION ON
CAREGIVERS' BURDEN AND PSYCHIATRIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS IN COMMUNITY. THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND
MENTAL HEALTH, 30(2), 113-126.

สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

อนัสยา ชื่อดรง, & ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 27(2), 58-70.

อนันต์ตรี สมิทธีนราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(3), กันยายน-ธันวาคม 2560

อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรีน (1991) จำกัด.

อัมรา บุญสาหร่าย. (2020). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน

โรงพยาบาลชลบุรี. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 3(3), 35-45.

อุไรวรรณ เทียงสมบูรณ์, & สุรศักดิ์ ตรีนิย. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของพ่อแม่เพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรคภูมิแพ้ทางจมูกในเด็กวัยเรียน. Journal of The Royal Thai

Army Nurses, 20(2), 370-379.

เอมิกา กลยณี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, & อารียวรรณ อ่อมตานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน.
วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(1), 128-140.

เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
มหาวิทยาลัยมหิดล,

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of
mental disorder: DSM-5. 5th ed. Washington DC: America Psychiatric
publishing; 2013

Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia.
Definition and reliability. Archives of General Psychiatry, 39(7), 784-788.

Anderson, A. K. (2005). Affective influences on the attentional dynamics supporting awareness.
Journal of experimental psychology: General, 134(2), 258.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale.
Social science & medicine, 36(6), 725-733.

Baker, A. F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on
individual family members and the family unit: How families cope. Journal of
Psychosocial Nursing, 27, 31-36.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social
network in schizophrenic patients living in the community Relationship to
sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life.
International Journal of Social Psychiatry, 47(3), 67-77.

Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2005). Cognition in schizophrenia: impairments,
determinants, and functional importance. *The Psychiatric Clinics of North
America*, 28(3), 613-633.

Cobb, S. (1976). Social support as a mediator for life stress. Psychometric Medicine, 38(5),
300-314.

Cooley, M. E. (1998). Quality of life in persons with non- small cell lung cancer concept analysis.
Cancer nursing, 21, 151-161.

Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver. Family & Community Health,
15(2), 758-776.

Eake, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill

- individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-78.
- Ferrell, B. R. (1996). The quality of lives: 1521 voices of cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(6), 907-916.
- George, H. S. (1996). *Redefining family support: Innovations in public- private partnerships*. Baltimore: Pual H. Bookes.
- Group, T. W. (1996). WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trail version. Geneva: WHO.
- Horowita, A. V., & Reinhard, S. D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with severe mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(6), 138-150.
- Ip, G. S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relative with serious mental illness at home: The experiences of family care in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-294.
- Karina Megasari Winahyu, B. (2558). The Relationships between Health Status, Perceived Control of Symptoms, Caregiver Burden, Perceived Social Support and Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Schizophrenia in Indonesi. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(1), 44-57.
- Li, J., Lambert, E., & Lambert, V. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 192-198.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209-1223.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 248-255.
- Macleod, S. H., Elliott, L., & Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia finding from a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 100-120.
- McGorry, P. D., Ratheesh, A., & O'Donoghue, B. (2002). Early intervention—an implementation challenge for 21st century mental health care. *JAMA Psychiatry*, 69(11), 1158-1160.

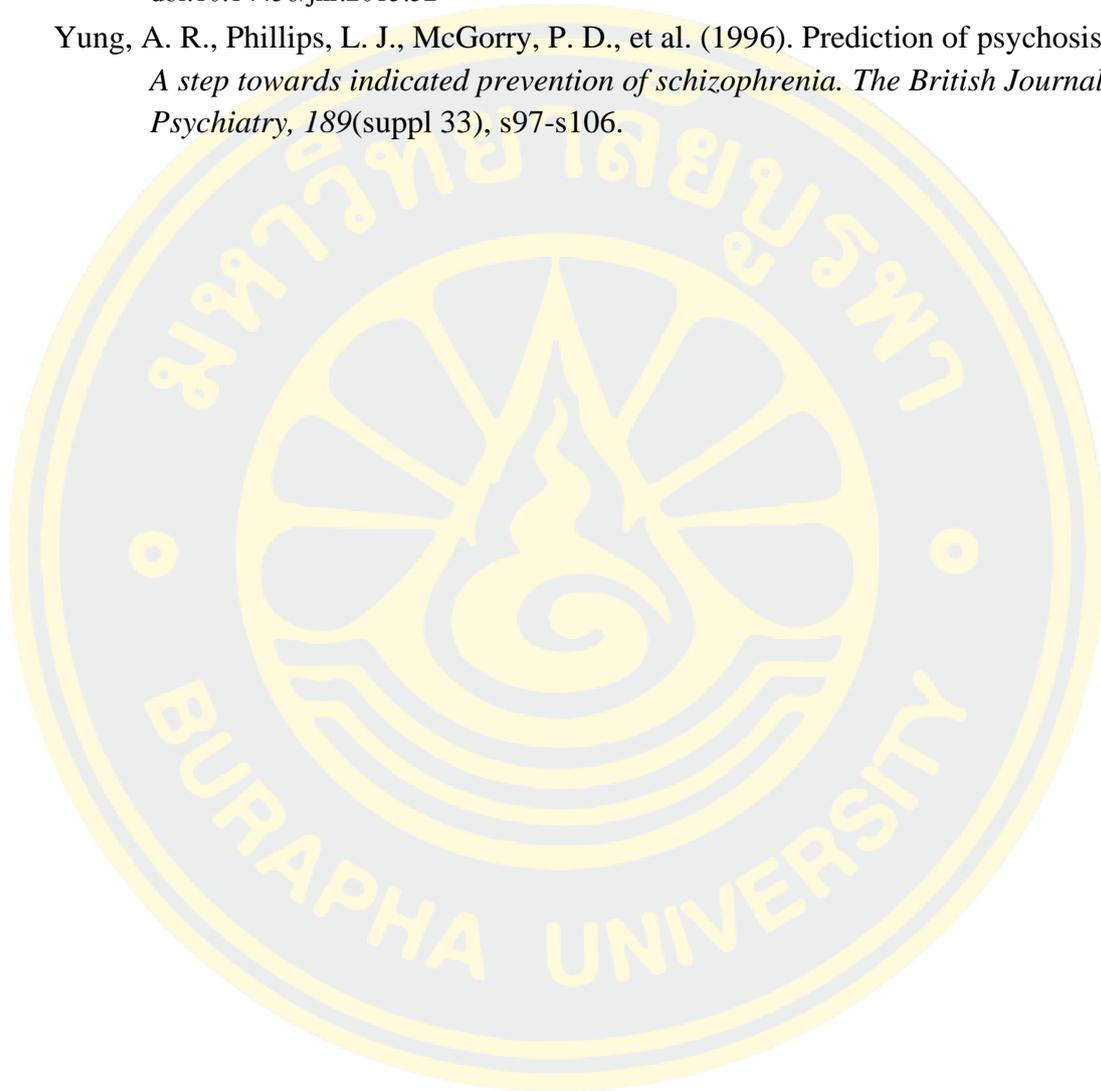
- Möller-Leimkühler, A. M. (2005). Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 6(3), 29-35.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burdens. *Family Relations*, 34(4), 19-26.
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363(9426), 2063-2072.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice*. Connecticut: Application & Lange.
- Organization, W. H. (2019). Schizophrenia [Internet]. Retrieved 2019 Nov 24 Available from: https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., et al. (2004). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 889-893.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkin.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkin.
- Sadock, B. J., & Sadock, VA & Ruiz P. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015
- Salleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay Families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 299-305.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Sethabouppha, P. H. (2002). *Buddhist family caregiving: A phenomenological study of family caregiving to the seriously mentally ill in Thailand*. The University of Virginia,
- Tang ST, L. C., Chen C. (2008). Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Qual Life Res*, 17(3), 395.
- Townsend MC. *Psychiatric mental health nursing. Concepts of care in evidence-based practice*. 8th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2015
- WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. World Health Organization.
- Wiklund, I., Lindvall, K., Swedberg, K., & Zupkis, R. V. (1987). Self-assessment of quality of life in severe heart failure. An instrument for clinical use. *Scand J Psychol*, 28(3),

220-225. doi:10.1111/j.1467-9450.1987.tb00758.x

Winahyu, K. M. (2015). Factors Affecting Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Schizophrenia in Indonesia. *Journal of Health Research*, 29(Suppl. 1), 77.

doi:10.14456/jhr.2015.52

Yung, A. R., Phillips, L. J., McGorry, P. D., et al. (1996). Prediction of psychosis. *A step towards indicated prevention of schizophrenia. The British Journal of Psychiatry*, 189(suppl 33), s97-s106.





ภาคผนวก ก

เครื่องมือวิจัย

แบบเก็บข้อมูลงานวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ระดับการศึกษา และอาชีพ คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ

[] 1.ชาย

[] 2.หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี

3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี

4. สถานภาพสมรส

[] 1.โสด

[] คู่

[] 2.หม้าย

[] หย่าร้าง

[] 3.แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

[] 1.สูงกว่าปริญญาตรี

[] 2.ปริญญาตรี

[] 3.อนุปริญญา

[] 4.มัธยมศึกษา

[] 5.ประถมศึกษา

[] 5.ไม่ได้เรียน

6. อาชีพ [] 1.ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ

[] 2.รับจ้างบริษัทเอกชน

[] 3.รับจ้างทั่วไป

[] 4.ค้าขาย

[] 5.เกษตรกร

[] 6.ไม่ได้ประกอบอาชีพ

[] 7.อื่นๆ ระบุ

7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

8. ภาวะสุขภาพโรคประจำตัว

[] 1.ไม่มี

[] 2.มีระบุ.....

3. นอกเหนือจากญาติหรือเพื่อนสนิทแล้ว ขอให้ท่านนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่อยู่ในชีวิตประจำวันว่า ท่านรู้จักเขาเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด?

1	2	3	4	5	6	7
รู้สึกว่าคุณ						รู้จักเขา
เขาเป็นคน						เหล่านั้นเป็น
แปลกหน้า						อย่างดี

4. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวท่าน บ่อยเพียงใด?

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยรู้สึกเลย						รู้สึกว่าเป็นเช่นนี้บ่อย

5. ในอดีตที่ผ่านมา ท่านเคยพบกับความแปลกใจในการกระทำของบุคคล ซึ่งท่านคิดว่าท่านรู้จักเขา เป็นอย่างดีบ้างไหม?

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยพบเลย						เคยพบอยู่เสมอ

27. เมื่อท่านคิดถึงความลำบากที่อาจจะต้องเผชิญในส่วนของชีวิต ท่านมีความรู้สึกว่าคุณจะ ประสบความสำเร็จในการเอาชนะอุปสรรคนั้นได้หรือไม่

1	2	3	4	5	6	7
ได้แน่นอน						ไม่ได้อย่างแน่นอน

28. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณทำอยู่ในทุกวันนี้ ไม่ค่อยมีความหมาย บ่อยเพียงใด?

1	2	3	4	5	6	7
รู้สึกบ่อยมาก						น้อยมากหรือไม่มีเลย

29. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่า ท่านจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้บ่อยแค่ไหน?

1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก						น้อยมากหรือไม่มีเลย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF36 (The Short Health Survey-36)

คำชี้แจง : แบบสอบถามฉบับนี้สำรวจความเห็นของคุณเกี่ยวกับสุขภาพของคุณเอง ข้อมูลนี้จะช่วยติดตามว่าคุณรู้สึกอย่างไร และสามารถทำกิจกรรมปกติต่างๆของคุณได้ดีเพียงใด

โปรดตอบคำถามทุกคำถามโดยวงกลมตัวเลือกในแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจว่าจะตอบอย่างไรดี ให้เลือกคำตอบที่คุณคิดว่าใกล้เคียงที่สุด

1. โดยทั่วไป คุณพูดได้ว่า สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

- ดีเลิศ.....1
- ดีมาก.....2
- ดี.....3
- พอใช้ได้.....4
- ไม่ดี.....5

2. เปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว คุณพูดได้ว่าสุขภาพของคุณโดยทั่วไปตอนนี้ เป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

- ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว.....1
- ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว.....2
- พอๆกันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว.....3
- ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง.....4
- ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว.....5

4. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา สุขภาพกายของคุณทำให้คุณมีปัญหาต่อไปนี้ในการทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ของคุณ หรือไม่?

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าที่เคย	1	2
.....
.....
ง. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยความลำบาก (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น)	1	2

5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ของคุณ (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) ทำให้คุณมีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวันหรือไม่?

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าที่เคยทำ	1	2
.....
.....

.....

 11. ข้อความแต่ละข้อความต่อไปนี้ ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง มากน้อยแค่ไหนสำหรับคุณ

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ถูกต้อง อย่างยิ่ง	ค่อนข้าง ถูกต้อง	ไม่ทราบ	ค่อนข้างจะ ไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง เลย
ก. ฉันดูเหมือนจะไม่สบายง่ายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีพอๆกับคนอื่นที่ฉันรู้จัก	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของตนเองจะแย่ลง	1	2	3	4	5
ง. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	1	2	3	4	5

11.ฉันรู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจิตเภท					
12.ท่านกังวลว่าต่อไปในอนาคตผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไร หากไม่มีท่านดูแล					

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน

มาก หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์

ปานกลาง หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง

น้อย หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
1.การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน					
2.ท่านต้องเสียสละเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
.....
.....
11.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของท่านน้อยลง					
12.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้กาเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็น
ส่วนมาก		
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีคนที่ไว้ใจหรือสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาต่างๆได้					
2. คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
3. ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่น กำลังใจจากครอบครัวของท่าน					
.....
.....
.....
.....
.....
.....
24. มีคนให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด

24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยเหลือตนเอง หรือมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ในระดับใด					



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-116/2565



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS094/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

หัวหน้าโครงการวิจัย : นายโชคพิพัฒน์ แสงรักษา

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ชนิดดา แนบเกษร
วิทยานิพนธ์/ คุุญญานิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์
วิทยานิพนธ์/ คุุญญานิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567

ลงนาม *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอมร แยมประทุม*

สำเนา

(*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอมร แยมประทุม*)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายโชคพิพัฒน์ แสงรักษา
วัน เดือน ปี เกิด	1 มกราคม 2531
สถานที่เกิด	อุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	336 หมู่ 7 ตำบลนาจะหลวย อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
ตำแหน่งและประวัติการ ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2556-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้งเรือง
ประวัติการศึกษา	2556 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ ประสงค์ 2559 การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์