



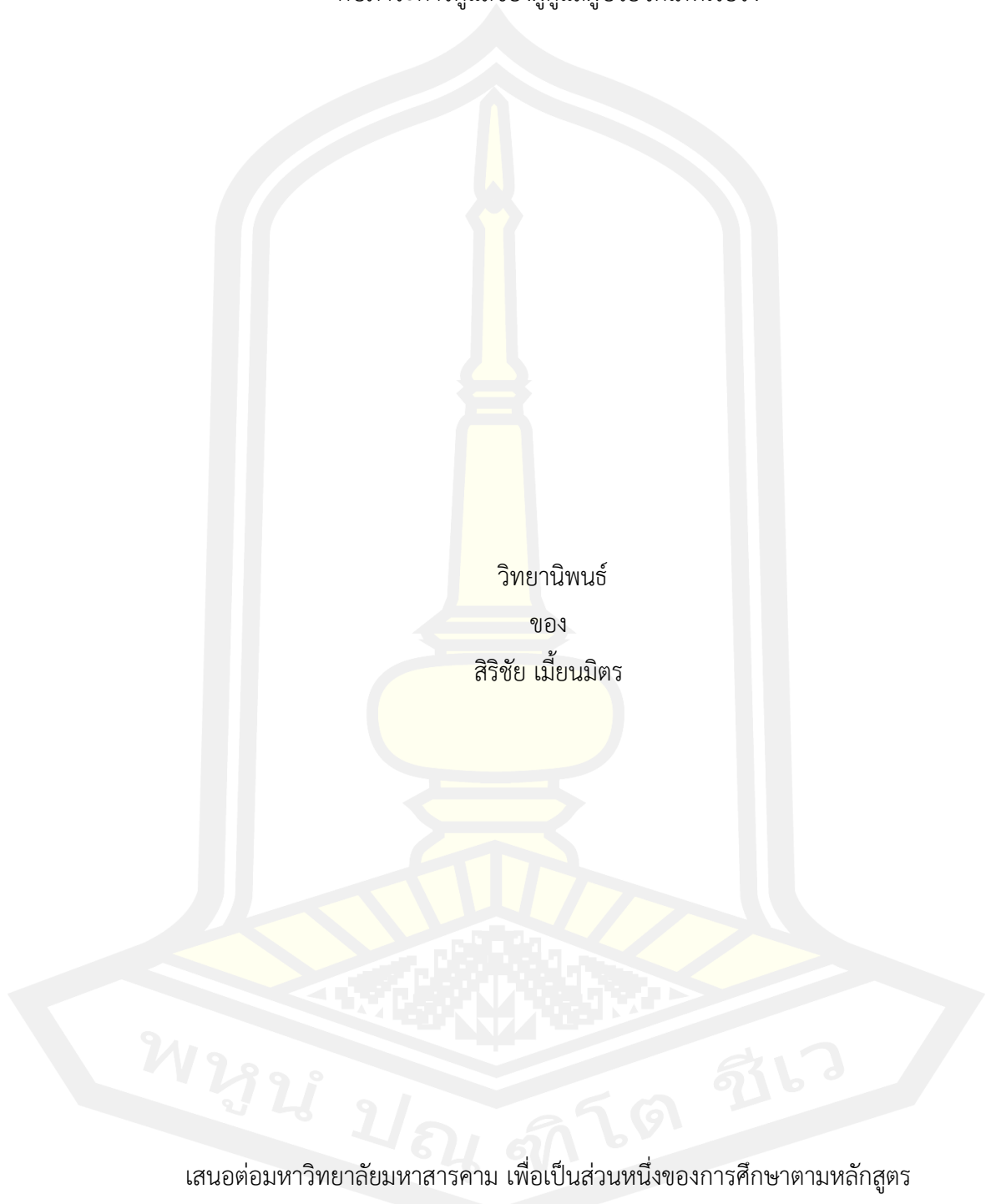
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล  
กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วิทยานิพนธ์  
ของ  
ศิริชัย เมี้ยนมิตร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต  
เมษายน 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล  
กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

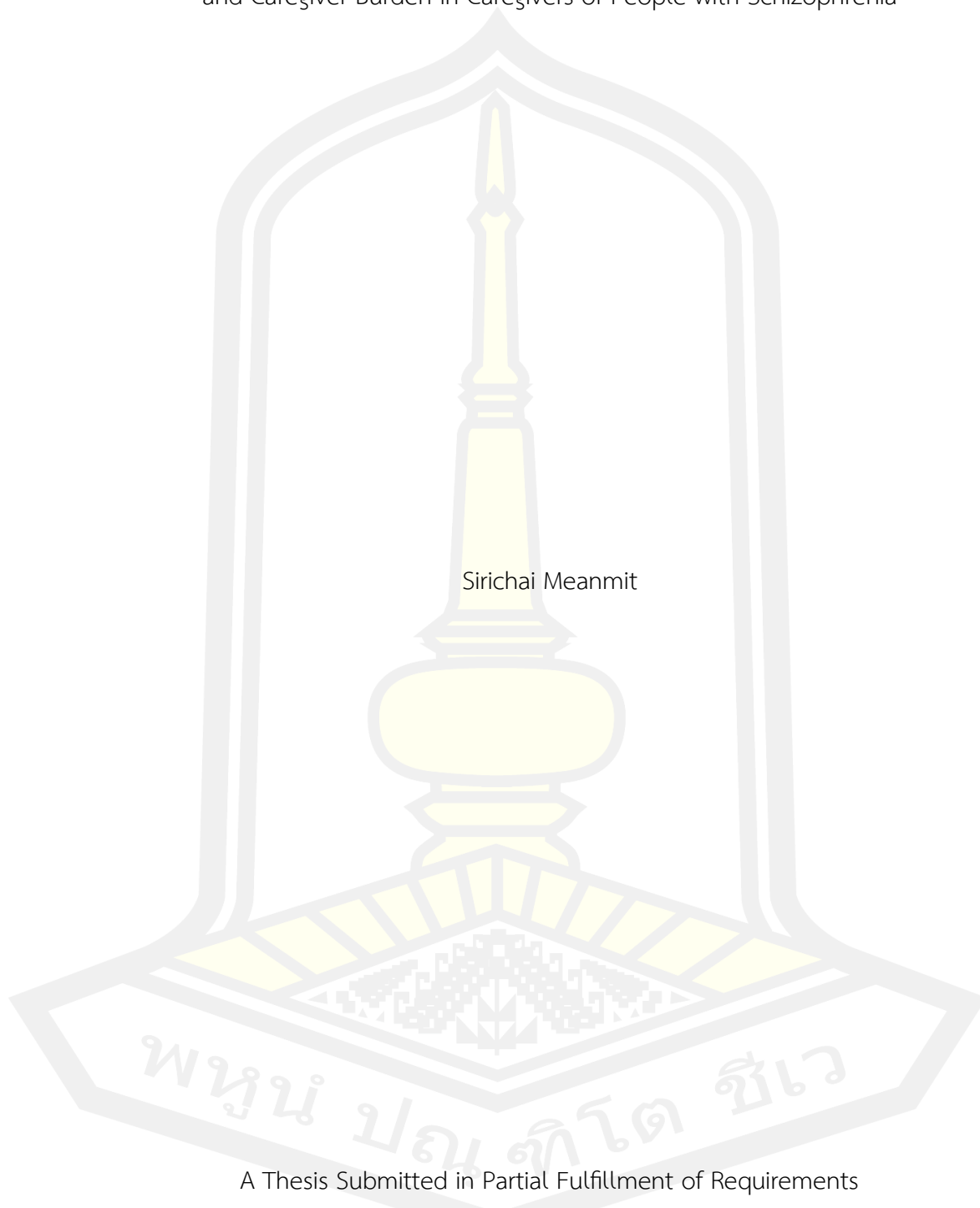


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

เมษายน 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Relationships Between Mental Health Literacy, Social Support, Quality of Life,  
and Caregiver Burden in Caregivers of People with Schizophrenia



Sirichai Meanmit

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

April 2023

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายสิริชัย เมี้ยนมิตร แล้ว  
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์ )

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์ )

..... กรรมการ

(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต )

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กฤตยา แสงเจริญ )

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม

.....  
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล )

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....  
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมุล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง		
<b>ผู้วิจัย</b>	สิริชัย เมี้ยนมิตร		
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>	รองศาสตราจารย์ ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์		
<b>ปริญญา</b>	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	<b>สาขาวิชา</b>	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
<b>มหาวิทยาลัย</b>	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	<b>ปีที่พิมพ์</b>	2566

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 328 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF - THAI) และ แบบประเมินภาระการดูแลของซาริท ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87, .74, 81 และ .72 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพจิตระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.83, S.D. = 0.26, M = 3.26, S.D. = 0.30, M = 103.36, S.D. = 5.63, M = 15.33, S.D. = 3.14$  ตามลำดับ) ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.540, -0.485, -0.539$  ที่ระดับ  $< .01$  ตามลำดับ) ดังนั้น พยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต เพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพจิต, การสนับสนุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, ภาระการดูแลของผู้ดูแล

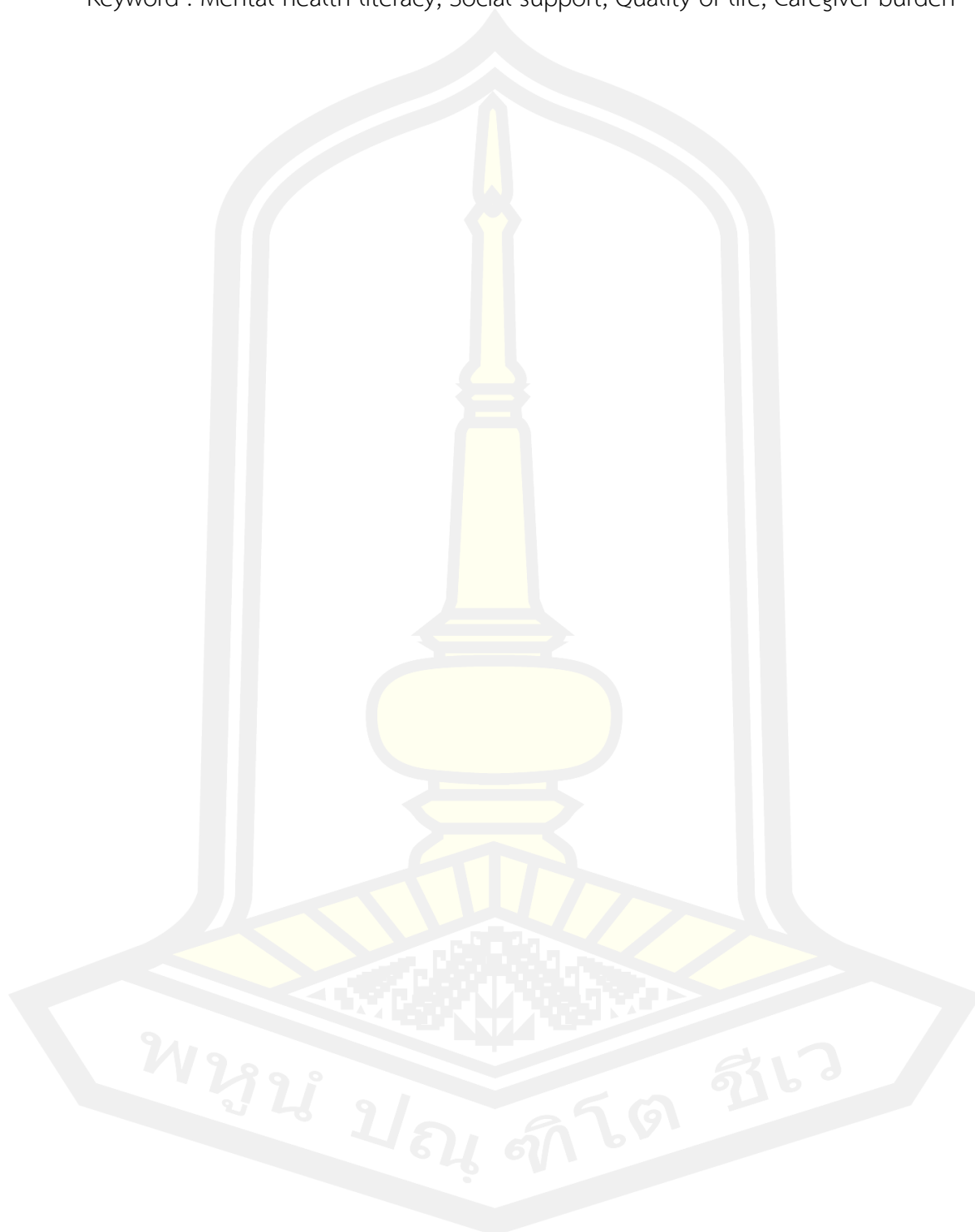
<b>TITLE</b>	The Relationships Between Mental Health Literacy, Social Support, Quality of Life, and Caregiver Burden in Caregivers of People with Schizophrenia		
<b>AUTHOR</b>	Sirichai Meanmit		
<b>ADVISORS</b>	Associate Professor Narisa Wongpanarak , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Master of Nursing Science	<b>MAJOR</b>	Psychiatric and Mental Health Nursing
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2023

### ABSTRACT

This research aimed to study the relationships between mental health literacy, social support, quality of life, and caregiver burden. A sample of 328 caregivers of people with schizophrenia completed the Mental Health Literacy Questionnaire, the Social Support Questionnaires, the WHOQOL-BREF-THAI, and the Zarit Burden Interview (Thai version) questionnaires. Cronbach alpha coefficients to assess the reliability of these instruments were .87, .74, .81, and .72, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, Chi-square, and Pearson product moment correlations.

The results showed that the participants had mean scores of mental health literacy, social support, and quality of life at a high level and a mean score of caregiver burden at a moderate level ( $M=3.83$ ,  $SD = 0.26$ ,  $M= 3.62$ ,  $SD = 0.30$ ,  $M=103.36$ ,  $SD = 5.63$ ,  $M= 15.33$ ,  $SD = 3.14$ , respectively). Caregiver burden was negatively and significantly related to mental health literacy, social support, and quality of life ( $r = - 0.540$ ,  $- 0.485$ ,  $- 0.539$ , respectively,  $p < .01$ ). Therefore, psychiatric-mental health nurses and other healthcare providers should pay more attention to supporting mental health literacy, social support, and quality of life, thereby reducing caregiver burden.

Keyword : Mental health literacy; Social support; Quality of life; Caregiver burden



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาอันมีค่า กรุณาให้ คำปรึกษาและข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อีกทั้งให้ความห่วงใย เสียสละ ปรคับประคองตลอดจนให้การกระตุ้นแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ อาจารย์มอบให้อย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์ ประธานกรรมการสอบ ขอกราบขอบพระคุณ กรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา แสงวงเจริญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต กรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์และกรรมการสอบปกป้องวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาแนะนำและ เสนอแนะ ในสิ่งที่เป็ประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วาทีณี สุขมาก และอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาประสิทธิประสาทวิชาความรู้และ ประสบการณ์อันมีค่า และข้อคิดต่างๆ ในการศึกษา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุก คนที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารต่าง ๆ ในการดำเนินการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลหลักทุก ๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดกระบวนการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ที่อำนวยความสะดวกใน การตั้งแต่เริ่มต้นจนจบกระบวนการ ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ หัวหน้าหอ พี ๆ นอง ๆ พยาบาล หอพิรุณทอง และ Cohort ward ทุก ๆ ท่านที่อำนวยความสะดวกในขณะทำการศึกษา และทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ตลอดจนคอยช่วยเหลือและ ให้กำลังใจเรื่อยมา กราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ตลอดจนเป็น กำลังใจอันสำคัญและให้การสนับสนุน ปรคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง ทำให้งานวิจัยนี้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้บิดามารดา คณาจารย์ผู้ ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่ สมบูรณ์ หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

สิริชัย เมี้ยนมิตร

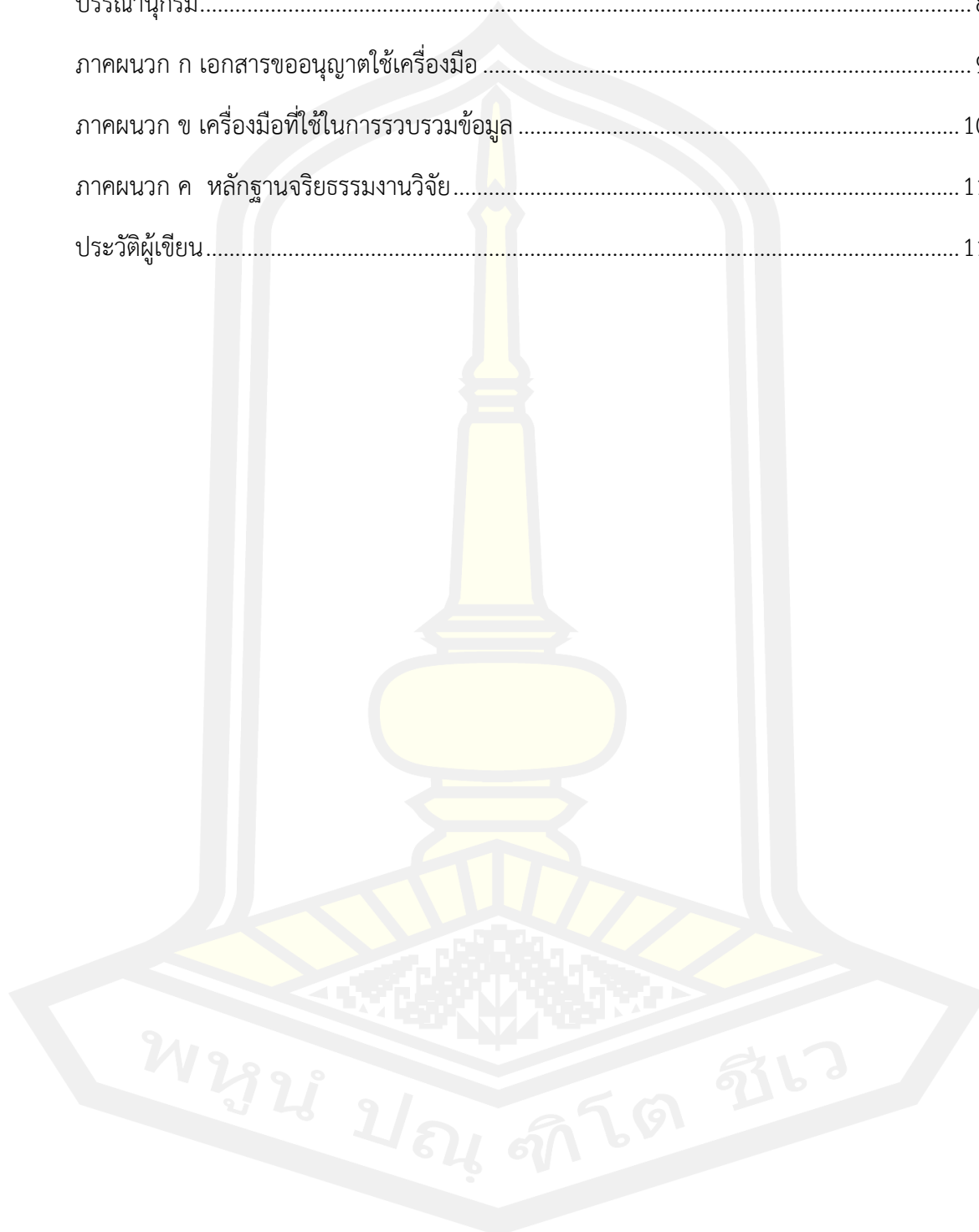


## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 .....	1
บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา .....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
1.3 สมมติฐานการวิจัย .....	4
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
1.6 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
บทที่ 2 .....	8
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 โรคจิตเภท .....	10
2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	19
2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต .....	23
2.4 การสนับสนุนทางสังคม .....	28

2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล.....	32
2.6 ภาระการดูแลของผู้ดูแล.....	38
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
บทที่ 3 .....	48
วิธีดำเนินการวิจัย .....	48
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	48
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
3.3 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ .....	53
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	55
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	56
บทที่ 4 .....	58
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	58
4.1 ข้อมูลทั่วไป .....	58
4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต .....	62
4.3 การสนับสนุนทางสังคม.....	66
4.4 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง .....	69
4.5 ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง .....	73
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง .....	75
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง.....	76
บทที่ 5 .....	78
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	78
5.2 อภิปรายผล.....	80

5.3 ข้อเสนอแนะ .....	85
บรรณานุกรม.....	86
ภาคผนวก ก เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือ .....	99
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล .....	103
ภาคผนวก ค หลักฐานจริยธรรมงานวิจัย.....	117
ประวัติผู้เขียน.....	119



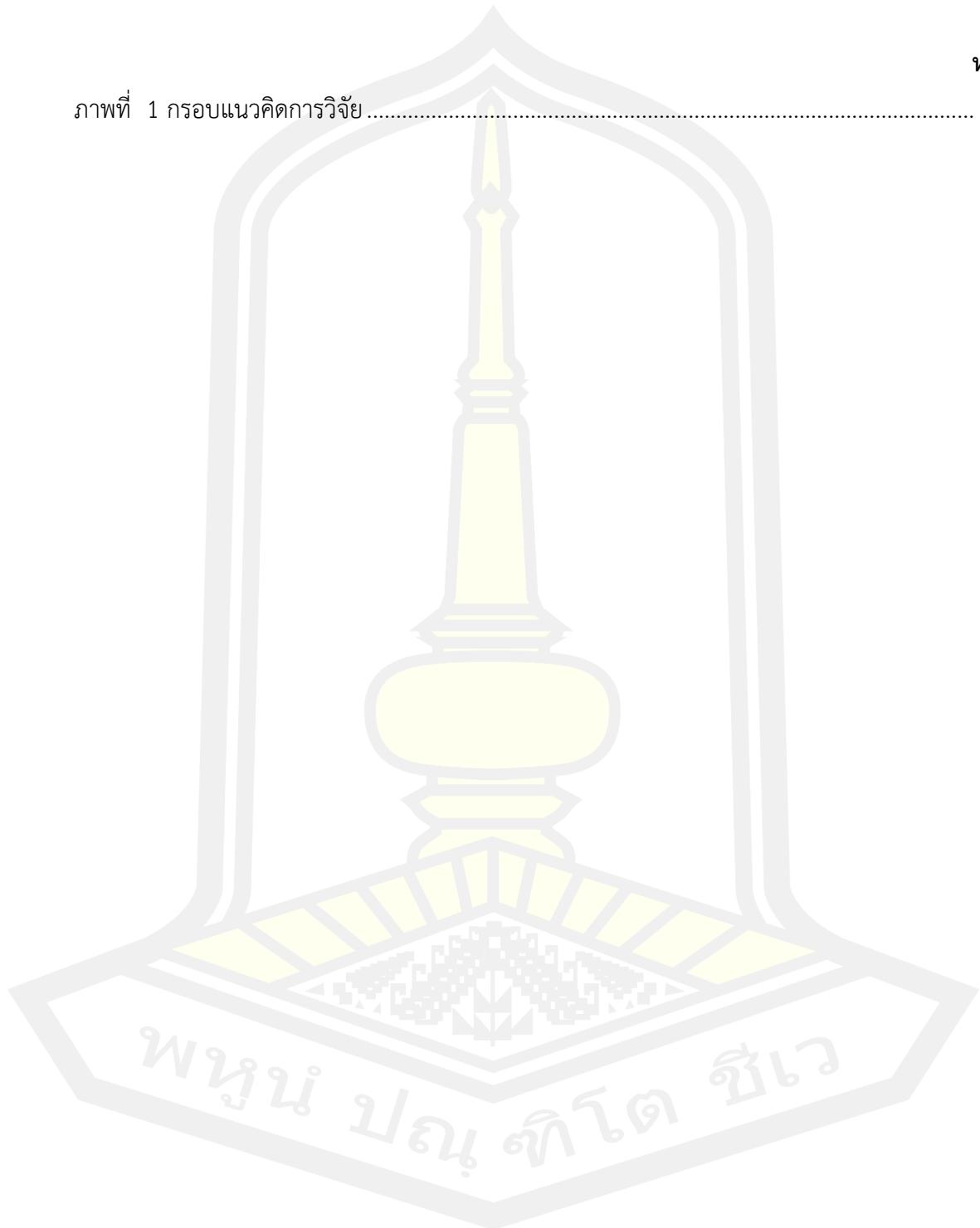
## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=328).....	59
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต (n = 328).....	62
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน (n = 328).....	64
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพจิต (n = 328).....	64
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=328).....	66
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกการสนับสนุนทางสังคม เป็นรายด้าน (n = 328).....	68
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม (n = 328).....	68
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n = 328) 70	
ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน (n = 328) .....	71
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 328).....	72
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาระในการดูแล (n = 328).....	73
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 328) .....	74
ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n = 328).....	75
ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n = 328) .....	77

## สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดอันดับ 1 (ชนานันท์ แสงปาก, ภัทรารักษ์ ทุงปันคำ และ วรณช กิตสัมพันธ์, 2560) จากสถิติพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2022) ประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15.2 ต่อ 1,000 ประชากร พบมากในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ธัญญา สองเมือง และ อนุญา สองเมือง, 2565) โดยผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง (ภาคิณี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ภารภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2563) ในปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการจำนวนมากถึง 49,658 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.16 ของผู้รับบริการทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2564) และสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวน 27,112, 27,242 และ 24,771 ราย เฉลี่ยจำนวน 26,375 รายต่อปี และเฉลี่ยจำนวน 2,197 รายต่อเดือน (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, 2564) จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไปตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) นโยบายคือ ให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง เน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษา (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะผู้ป่วยส่วนมากยังคงมีอาการกำเริบอยู่เป็นระยะ การเป็นโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่ยาวนานและเรื้อรัง บางรายอาจมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง รวมทั้งสังคมรอบข้างก็มักมีเจตคติที่ไม่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้อยู่ในลักษณะที่ถูกกีดกันจากสังคม (เอมิกา กลยานี, เพ็ญญา แดงด้อมฤทธิ์ และ อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2558; ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิชญา ชาญนคร และ ศศิธร เก้มเส็น, 2563) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจึงมีความยุ่งยาก สร้างความลำบากใจ และความเหน็ดเหนื่อยให้กับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทุก ๆ ด้าน ต้องเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (วาสนา นามเหลา, ชนิดดา แนบเกษร และ ดวงใจ วัฒนศิลป์, 2561) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จึงมีบทบาทสำคัญและมีภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น

ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ถึงความเดือดร้อน ความยากลำบาก ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเอง มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมโดยไม่ต้องตัดสินใจทุก ๆ เรื่องแทนผู้ป่วย และเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับอาการทางจิต เช่น หลงผิด หรือ ประสาทหลอน ที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท จนเกิดเป็นพฤติกรรมที่อันตรายต่อตนเองและผู้อื่น รวมไปถึงทรัพย์สิน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงมีความยุ่งยากและซับซ้อน (อโนชา ทัศนารณชัย, พิชามญชุ์ ปุณฺโณทก, วรรณรัตน์ ลาวัง, สุรภา สุขสวัสดิ์ และ รัชณี สรรเสริญ, 2563) นอกจากนี้ การใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยอาศัยผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวและเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม จึงมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยรวมทั้งอาการของผู้ป่วย (Rujkorakarn, Buatee, Jundeekrayom & Mills, 2018) ผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตน เรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่จะต้องเผชิญ จึงเป็นเรื่องยากที่จะปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่จากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เกิดเป็นความคลุมเครือในบทบาทหน้าที่และมีความเหนื่อยล้า ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (พิชชุตตา วิทวัสสำราญกุล, 2564) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจึงต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยทุกด้าน และส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลตามมา

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) มีความสำคัญต่อผู้ดูแลหลัก เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพจิตดี จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดี มีการแสวงหาแนวทางการรักษาที่ดี ทำให้สามารถพยากรณ์อาการทางจิตในอนาคตได้ (ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย และ มัจฉรีย์ คูวิวัฒน์ชัย, 2564) หากมีความรู้ด้านสุขภาพจิตดี เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี ก็อาจแสวงหาแนวทางในการจัดการได้ล่าช้า จนเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงที่ยากต่อการรักษา (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชยา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทวัลย์ และ ปรีศนา บุญประดิษฐ์, 2563) ความรู้ด้านสุขภาพจิตดี ส่งผลให้สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ (Alireza, Mahbobeh, Vahideh, Fatemeh & Hadi, 2021) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ จะมีความรู้สึกอับอายในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีวิธีการจัดการและต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ต่างจากผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูง จะมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (Chen et al., 2017; Poreddi, Birudu,

Thimmaiah & Math, 2015) ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะการดูแล

การสนับสนุนทางสังคม ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะการดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากถึงร้อยละ 68.2 ต้องการการสนับสนุนทางสังคม เพราะมีส่วนช่วยให้ภาวะการดูแลนั้นลดลง (Meng et al., 2021) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดีจะรู้สึกเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลต่อภาวะการดูแล (จรัสพร หอมจันทร์ดี และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562) นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและการจัดการความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์น้อยกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เป็นผลจากการที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทถูกกีดกันออกจากสังคม ส่งผลต่อภาวะการดูแล หากสามารถช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก็จะส่งผลให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลง (Adeosun, 2013) การศึกษาของ จรัสพร หอมจันทร์ดี และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2562) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล ผู้ดูแลทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่จะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวให้สามารถจัดการกับความเครียดในชีวิต และทำให้รู้สึกถึงความมั่นคงและมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระลดลง (Zhong, Wang & Nicholas, 2020) จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลงหลังจากที่ต้องเผชิญกับการจัดการปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักทั้งสุขภาพร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพจิต ความเครียด ความวิตกกังวล เกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้และเกิดความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจนเกิดความขัดแย้งในครอบครัว (เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ และ มณีรัตน์ พราหมณี, 2558) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตต่ำลงหลังจากการดูแลผู้ป่วย อันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการไม่แน่นอนและยังคงมีอาการกำเริบ ซึ่งทำให้เกิดภาระในการดูแล (Alejandra, José & Claudia, 2009; Upasen & Saengpanya, 2022; Jacqueline, Andrew & Saeeda, 2022; Opoku-Boateng et al., 2017) การศึกษาในประเทศจีนพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีความยากลำบาก (Meng et al., 2021) ดังนั้น จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง



จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศชายจะรับรู้ถึงความเป็นภาระได้มากกว่าเพศหญิง (เสาวนีย์ คงนิรันดร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ชนิดดา แนบเกษร, 2561) ซึ่งบริบทในสังคมไทย เพศหญิงมักจะถูกเลือกให้เป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย อายุ มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลเนื่องจากผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าจะสามารถใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล (วาสนา นามเหลา และคณะ, 2561) นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย อาชีพ โรคประจำตัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลด้วย (สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์, 2559) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลสำคัญและเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความพร้อมและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

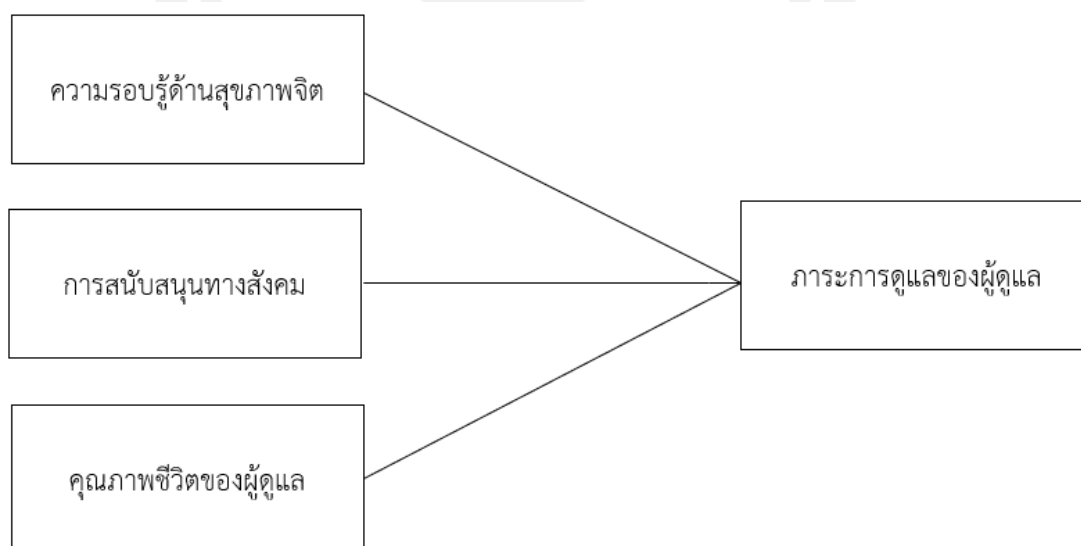
## 1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
4. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

## 1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแล ตามการให้ความหมายของ Montgomery et al. (1985) หมายถึง การรับรู้ถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากมายดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด ยังต้องเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ แนวคิดคุณภาพชีวิต ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้โครงสร้างทางวัฒนธรรม และค่านิยมที่บุคคลอาศัยอยู่รวมทั้งเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ (World Health Organization. Division of Mental, 1996) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ตามการให้ความหมายของ House (1981) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้ความรัก ให้กำลังใจ การให้คุณค่าจากผู้ให้การสนับสนุน โดยอาจเป็นการสนับสนุนจากคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่นก็ได้ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต ตามการให้ความหมายของของ (Jorm, 2000; 2019) หมายถึง ความรู้ ความเชื่อของบุคคลที่ทำให้เกิดการรับรู้ และสามารถจัดการหรือป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถและทักษะ ในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึง เสนอกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวทางให้พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผน จัดระบบบริการ เพื่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามศักยภาพ

## 1.6 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational research design) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

## 1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

**1.7.1 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามองค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem [ICD-10]) F20.0 - F20.9 ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี (นิตยา เจริญยุทธ, ททัษรัตน์ สายมาอินทร์ และ วินัสกริน ก้อนศิลา, 2564) มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

**1.7.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ขณะอยู่ที่บ้านโดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรืออาจมีความผูกพันทางกฎหมายเช่น สามเณร ภรรยา ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล (ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนิกร อุปเสน, 2563)

**1.7.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต** หมายถึง ความรู้ ความเชื่อของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้และสามารถจัดการและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถและทักษะในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินได้จาก แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต โดย ณีฐฎัณท์สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และ พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ (2563) ที่พัฒนาโดย Dias, Campos, Almeida and Palha (2018) ตามแนวคิดของ Jorm (1997; 2012)

**1.7.4 การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ โดยอาจเป็นการสนับสนุนจากคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่นก็ได้ เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ประเมินได้จาก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ House (1980)

**1.7.5 คุณภาพชีวิต** หมายถึง การรับรู้ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังภายหลังที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ประเมินได้จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2545) ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

**1.7.6 ภาวะการดูแล** หมายถึง การรับรู้ถึงผลกระทบต่อชีวิตความด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ อันเกิดจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะการดูแลของ Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช โดย อรวรรณ ศิลปกิจ และคณะ (2558) ตามแนวคิด Zarit (1987)



## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขอนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

#### 2.1 โรคจิตเภท

- 2.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 2.1.2 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
- 2.1.3 การวินิจฉัยโรคและการดำเนินของโรคจิตเภท
- 2.1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 2.1.5 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 2.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.2.1 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.2.2 ชนิดของผู้ดูแลในครอบครัว
- 2.2.3 ผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

- 2.3.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
- 2.3.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
- 2.3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

#### 2.4 การสนับสนุนทางสังคม

- 2.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
- 2.4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
- 2.4.3 กลไกการสนับสนุนทางสังคม
- 2.4.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

#### 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

- 2.5.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 2.5.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 2.5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

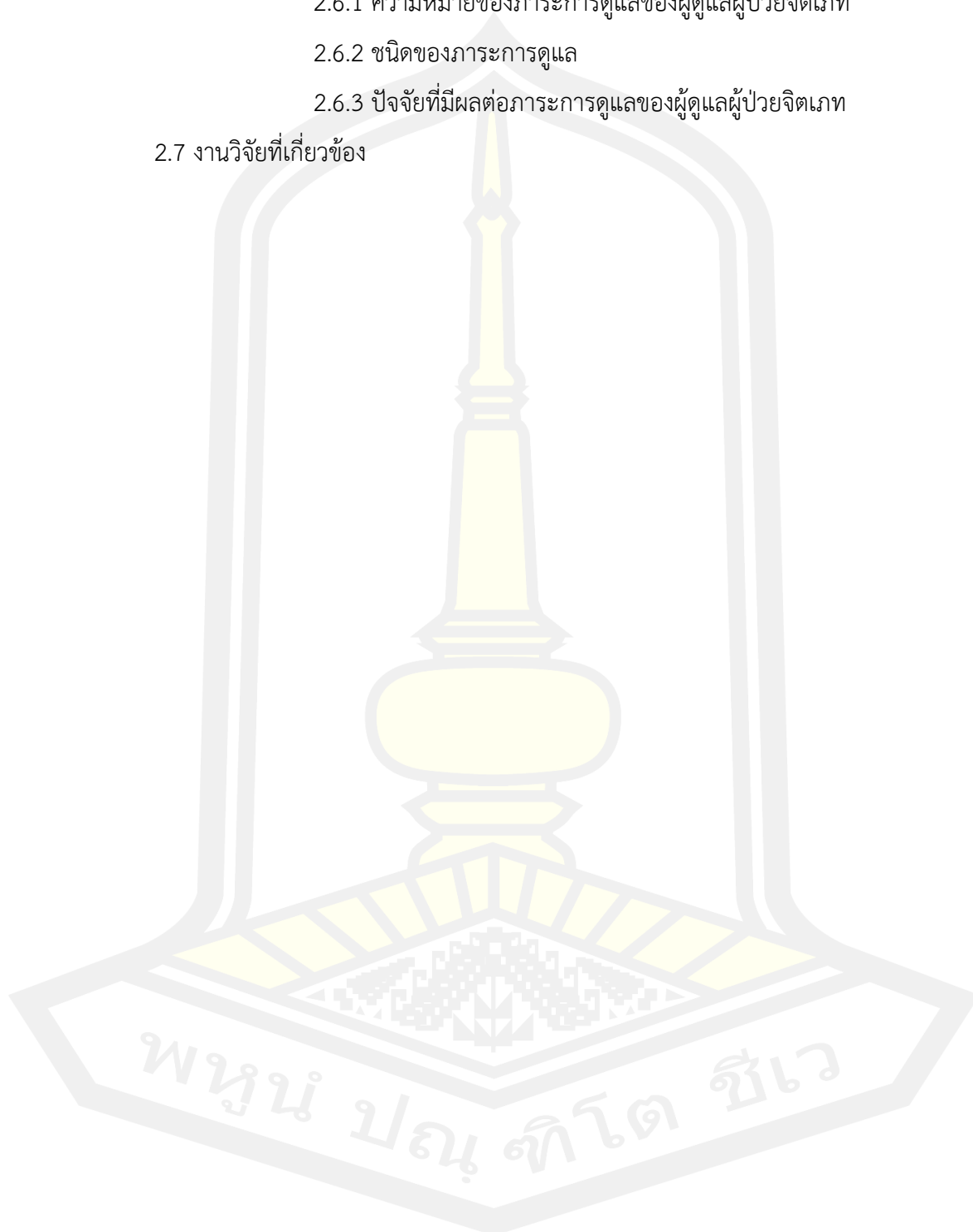
## 2.6 ภาวะการดูแลของผู้ดูแล

2.6.1 ความหมายของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.6.2 ชนิดของภาวะการดูแล

2.6.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 2.1 โรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด โดย Bleuler (1857-1959) เป็นผู้ตั้งชื่อว่า Schizophrenia ในปี ค.ศ. 1911 ซึ่งเป็นภาษากรีก แปลว่า คนที่มีจิตใจแตกแยก และใช้ชื่อนี้เรียกมาจนปัจจุบัน กล่าวคือเป็นโรคที่ศักยภาพทางสมอง เปลี่ยนแปลงไป มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมองและไม่มีอาการทางกาย ซึ่งผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีโอกาสหายขาดน้อยและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ, 2560) ในหัวข้อนี้จะอธิบายถึง ความหมายของโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท การวินิจฉัยโรคและการดำเนินของโรค การรักษาผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

American Psychiatric Association (2015) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า คือ กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งจะมีอาการแสดงได้แก่ อารมณ์ สีหน้าเฉย ไม่กระตือรือร้น แยกตัว เป็นต้น โดยจะมีลักษณะอาการเหล่านี้อย่างน้อย 1 เดือน หรืออาจมีอาการแปรปรวน คือมีอย่างอื่นร่วมด้วยเป็นเวลา 6 เดือนจนทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

นันทวิช สิริธิรักษ์ (2558) ให้ความหมาย โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติ ด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยไม่มีโรคทางกายหรือโรคของสมอง รวมทั้งพิษจากยาและสารเสพติดที่เป็นสาเหตุ โดยความผิดปกติเหล่านี้ ต้องเป็นติดต่อกันต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ (2560) โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่ผู้ที่เป็นโรคนี จะ มีลักษณะความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา การรับรู้ในตนเองและพฤติกรรมโดยส่วน ใหญ่จะมีอาการหูแว่ว และมีความคิดหลงผิด

ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภักย์ และ อุบล นิวัติชัย (2562) โรคจิตเภท คือ โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้สัมผัส และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรือ อารมณ์ที่อ ุขณะนี้ยังไม่มี การตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่จะช่วยยืนยันความผิดปกตินี้ การวินิจฉัยจึง ต้องอาศัยอาการและอาการแสดงเป็นหลักในหลายๆอาการ มากกว่าการใช้การใดอาการหนึ่ง

World Health Organization (2022) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรค ที่มีลักษณะความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ ความคิด การรับรู้และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

แต่สติสัมปชัญญะ และเขว้ปัญญายังดีอยู่ ถึงแม้จะมีการสูญเสียการนึกคิด โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 เดือนขึ้นไป

สรุป โรคจิตเภทจึงเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง หรือการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งอาการที่พบมากจะเป็นอาการหูแว่ว และมีความคิดหลงผิด โดยการดำเนินของโรคมี่ระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งทำให้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

### 2.1.2 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (นันทวัช สิทธีรักษ์, 2558) ดังต่อไปนี้

#### 2.1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms)

แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม เช่น 1) อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น 2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก 3) ความผิดปกติของความคิด (Disorganized thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการพูด การสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) ความผิดปกติของพฤติกรรม (Glossy disorganized or abnormal disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุสมผล ผิดปกติไปอย่างมาก ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น นอกจากนี้ยังมีอาการพฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic behavior) คือผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างชัดเจน เช่น อยู่นิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหว (Catatonic stupor) หรือเคลื่อนไหวมาก มีพฤติกรรมที่วุ่นวายอย่างคาดเดาไม่ได้ (Catatonic excitement)

#### 2.1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms)

เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการ ในสิ่งต่าง ๆ อาการด้านลบที่สำคัญในโรคจิตเภท ได้แก่ 1) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ผู้ป่วยจะไม่ค่อยพูดหรือตอบสั้น ๆ เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจมียิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลง 3) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ



ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ไม่สามารถเริ่มทำกิจกรรมได้ทุกชนิด 4) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

### 2.1.3 การวินิจฉัยโรคและการดำเนินของโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) มีดังนี้

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ในช่วงเวลาต่อเนื่อง 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษาก่อน) และมีอาการอย่างน้อย 1 อย่าง ตามข้อ 1, 2, หรือ 3

1. อาการหลงผิด (Delusion)
2. อาการประสาทหลอน (Hallucination)
3. ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech)
4. ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior)
5. อาการด้านลบ (Negative symptoms)

หมายเหตุ หากมีอาการ Bizarre delusion หรือ Voice discussing แม้เพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

B. มีปัญหาด้านสังคม (Social dysfunction) ด้านการเงิน (Occupational dysfunction) ด้านสัมพันธภาพ (Poor interpersonal relation) หรือ สุขอนามัยของตนเอง (Poor hygiene)

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีช่วง Active phase ซึ่งมีอาการตามข้อ A. อย่างน้อยนาน 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษาก่อน) และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะอาการนำ (Prodromal) หรือระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ที่มีเพียงกลุ่มอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A. ตั้งแต่ 2 อาการ ที่แสดงออกเพียงเล็กน้อย เช่น การรับสัมผัสแปลก ๆ แต่ไม่ถึงขั้นมีอาการประสาทหลอน

D. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรคจิตที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (Schizoaffective disorder) และ โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หรือ โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

E. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือการใช้สารเสพติด

F. หากผู้ป่วยมีประวัติของโรค Autism spectrum disorder หรือ Communication disorder ที่เป็นตั้งแต่วัยเด็กจะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้ต่อเมื่อมีอาการหลง

ผิดหรือประสาทหลอนเป็นอาการเด่นเพิ่มจากอาการอื่นในข้อ A. นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษาก่อน)

ซึ่งการดำเนินของโรคแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

(1) ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) เป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการของโรคจิตเภทเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีความบกพร่องเล็กน้อยของการทำหน้าที่ทางความคิด (Cognitive function)

(2) ระยะอาการนำ (Prodromal phase) เป็นระยะที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน เริ่มด้วยการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ใน ระยะก่อนป่วย และเป็นมาจนถึงเริ่มมีอาการทางจิต

(3) ระยะกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่มีอาการทางจิตเด่นชัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการด้านบวกโดยผู้ป่วยที่มีอาการ มักจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ในช่วงวัยรุ่น ตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้ว และไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีก จึงแสดงอาการต่าง ๆ ของโรคออกมา

(4) ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Chronic / residual phase) ระยะนี้ อาการทางจิตในระยะเฉียบพลันหายไปหรือไม่แสดงอาการเป็นอาการเด่น อาจมีอาการด้านบวกอยู่บ้าง แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรกอาจมีอาการด้านลบ และมีความบกพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล, 2555)

สรุป การวินิจฉัยโรคจิตเภท ผู้ป่วยต้องมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของการพูดและพฤติกรรม มีอาการด้านลบ อย่างน้อย 2 อาการ ในช่วงเวลา 1 เดือน และต้องมีอาการอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูด อย่างน้อย 1 อาการ มีปัญหาด้านสังคม การงาน สัมพันธภาพ หรือสุขอนามัย ต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป ไม่มีอาการเข้าได้กับโรคจิตอารมณ์ หรือ โรคอารมณ์สองขั้ว ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือการใช้สารเสพติด และมีระยะการดำเนินโรค 4 ระยะ คือ ระยะก่อนป่วย ระยะอาการนำ ระยะกำเริบและระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ

#### 2.1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะใช้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต เพราะปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุนั้นเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง จึงเข้าไปในการปรับสารเคมีในสมองให้สมดุลกันส่งผลให้อาการของโรคดีขึ้น

### 2.1.4.1 ยารักษาโรคจิต (Pharmacotherapy)

การรักษาด้วยยา ถือเป็นหัวใจของการรักษา เพราะนอกจากจะช่วยควบคุมอาการของผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ เพราะจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบนั้นเกิดจากการขาดยา (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560) โดยการรักษาที่แบ่งได้เป็น 2 ช่วงดังนี้

(1) ระยะเวลาคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ โดยมีเป้าหมายเพื่อคุมให้อาการสงบโดยเร็วคือ กลางคืนนอนหลับได้ อารมณ์หงุดหงิดพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง ซึ่งส่วนมากใช้เวลาประมาณสัปดาห์ และเมื่ออาการสงบลงแพทย์อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ในบางรายอาจมีอาการข้างเคียงจากยา โดยหากแพทย์พิจารณาว่ายังไม่สามารถลดขนาดยาลงได้ อาจให้ยาแก้การข้างเคียงร่วมด้วย (กิติกร พรมา, 2563)

(2) ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง หลังจากอาการสงบ ผู้ป่วยยังต้องรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยขณะที่การใช้ยาในระยะนี้อาจมีขนาดต่ำกว่าในระยะแรก แต่ไม่มีการกำหนดขนาดที่แน่นอน แต่แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ๆ ไป โดยดูจากอาการของโรคและอาการข้างเคียง และเมื่ออาการคงที่แพทย์จะค่อยๆลดขนาดลงจนถึงขนาดต่ำที่สุดและเหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย (มานิช หล่อตระกูล, 2555)

### 2.1.4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าผ่านบริเวณศีรษะของผู้ป่วยในปริมาณที่ต่ำ เพื่อให้เกิดการรักษาโดยการชักเหมือนกับในโรคลมชักและไม่เกิดอันตรายต่อสมอง ปัจจุบันมีการทำให้ผู้ป่วยหมดสติ กล้ามเนื้อคลายตัวทั้งหมดเป็นกระบวนการเหมือนที่ใช้ในการผ่าตัด แต่ระยะเวลาสั้นมาก ใช้เวลาประมาณไม่ถึง 5 นาทีโดยการรักษาจะทำแบบวันเว้นวัน ซึ่งจำนวนครั้งอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ซึ่งจะใช้วิธีนี้รักษาโรคทางจิตเวชหลายๆโรค เช่น โรคซึมเศร้าที่รุนแรง คิดฆ่าตัวตายจึงจะได้ผลดี แต่ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา แต่จะใช้ในรายที่รักษาด้วยยาในขนาดที่สูงแล้วไม่ได้ผล (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไธร, พวงเพชร เกษรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย, 2557)

### 2.1.4.3 การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Therapy)

การบำบัดด้านจิตสังคม ถือเป็นอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญในกระบวนการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยเองและสังคม แม้ในบางครั้งอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น แต่ปัญหาด้านสังคมนั้นยังคงอยู่หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2560; ญัฐสุภา พรสมบุญ และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562; นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563)

**2.1.4.3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy)** เป็นวิธีการใช้จิตบำบัดแบบ ประคับประคอง ที่เน้นการตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถทำได้ ช่วยให้ค้นหา ความเครียด ความกดดัน มีทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล

#### **2.1.4.3.2 การบำบัดที่เน้นความคิด (cognitive - oriented)**

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเฉียบพลันเจ็บป่วยครั้งแรกหรือครั้งที่สอง ซึ่งมี ระยะเวลาป่วยไม่เกิน 2 ปี

- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถลดอาการทางบวก การบำบัดมีความเฉพาะกับ ผู้ป่วยแต่ละราย โดยเชื่อว่าแต่ละบุคคลมีความคิดความเชื่อที่ต่างกันการบำบัดมุ่งเน้นในการปรับ ความคิดอัตโนมัติทางลบ (negative automatic thoughts) และความเชื่อที่ผิดปกติที่ส่งผลให้เกิด อาการทางบวก หรือความทุกข์ทรมานจากอาการทางบวก โดยมีเป้าหมายให้อาการของโรคสงบเร็ว ขึ้น

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเรื้อรัง ระยะเวลาป่วยมากกว่า 2 ปี

- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ลดอาการหูแว่วและหลงผิด เน้นการบำบัดเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยในระยะนี้จะมีความกังวลใจ ทุกข์ใจกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรังส่งผลให้ความรู้สึกควมมีคุณค่าใน ตนเองลดลง มองตนเองในทางลบการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทาง/วิธีการในการเผชิญกับอาการ และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

#### **2.1.4.3.2 การบำบัดที่เน้นการฝึกแก้ปัญหา (training in problem solving intensive)**

- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มพูนความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและ สามารถวางแผนการแก้ปัญหาและประเมินผลการแก้ปัญหาได้

- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทระบุทิศทาง การเดินทางที่เปรียบเสมือนทางเลือกในการ แก้ปัญหาว่าวิธีการเดินทางวิธีใดจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด และประเมินผลการเดินทางแต่ละครั้ง ระยะแรกผู้บำบัดจะแสดงวิธีการแก้ปัญหาให้ดู และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น

**2.1.4.3.3 การบำบัดที่เน้นการฝึกทักษะ (Skill training)** เพื่อให้ผู้ป่วย โรคจิต เภทมีการใช้ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต 6 ด้านโดยการเรียนรู้และฝึกทักษะ ด้วยวิธีการ ที่ ง่ายๆ เช่น

ทักษะการดูแลตนเอง (Personal life Skills)

ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน (Domestic Skills)

ทักษะทางสังคม (Social Skills)

ทักษะการทำงาน (Work Skills)

ทักษะการพักผ่อน (Leisure Skills)

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (Community Living Skills)

**2.1.4.3.4 การบำบัดที่เน้นผู้ดูแล (Caregiver-oriented)** เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถดูแลผู้ป่วยได้

การทำจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy)

การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Group psychoeducation)

ให้กำลังใจ (Emotional support)

**2.1.4.3.5 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling)** โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และสิ่งที่ควรปฏิบัติจะเป็นผลดีทั้งต่อญาติและผู้ป่วย

**2.1.4.3.6 กลุ่มบำบัด (Group therapy)** เป็นกิจกรรมระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนที่เข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหา ฝึกทักษะทางสังคมรวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

**2.1.4.3.7 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)** เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมการรักษา เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

สรุป การรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีด้วยกันหลายวิธี โดยวิธีที่ถือว่าเป็นหัวใจหลักในการรักษา คือ การบำบัดรักษาด้วยยา ซึ่งมีทั้งระยะคุมอาการ คือการรักษาในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีความคิดหลงผิด อารมณ์หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยจะให้ยาจนอาการทุเลา ซึ่งในระยะนี้แพทย์อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านและให้การรักษาโดยการรับประทานยา เป็นระยะให้ยาต่อเนื่อง ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านโรคจิต จึงต้องมีการให้ยาแก้ อาการข้างเคียง จนในท้ายที่สุดหากผู้ป่วยสามารถรักษาอาการให้คงที่อาจพิจารณาปรับยาให้เหลือขนาดต่ำที่พอคุมอาการได้ นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยไฟฟ้า ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยา และการรักษาด้านจิตสังคม เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้มุ่งพัฒนาการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมและ การจัดการปัญหาอย่างมีเป้าหมาย เน้นการเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน

## 2.1.5 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### 2.1.5.1 การดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

การใช้ชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจะเริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทุเลาและกลับสู่ชุมชน โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง คือมีอาการหลงเหลืออยู่ โดยที่ จะพบเห็นได้บ่อยคืออาการด้านบวก เช่น หลงผิด หูแว่ว ส่วนอาการด้านลบนั้นจะคงที่ตลอดการเจ็บป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เองส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) เมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีระดับความสามารถในการดูแลตนเอง หรือสามารถประกอบอาชีพได้ในระยะหนึ่งเท่านั้น และมีโอกาสป่วยซ้ำ (สุธิสา ตีเพชร และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) ดังนั้นการใช้ชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องอาศัยผู้ดูแล และการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในชุมชนได้ (Rujkorakarn et al., 2018) ปัญหาที่พบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีดังนี้

1) อาการกำเริบซ้ำ โดยเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะเรื้อรัง คือมีอาการหลงเหลือและมักจะกำเริบเป็นพักๆ สลับกับช่วงอาการสงบร่วมกับการทำหน้าที่ต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

2) ปฏิเสธการเจ็บป่วย เกิดจากการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะนำความเสื่อมเสียมาสู่ตนเองและครอบครัว ทำให้เกิดความอับอาย ปกปิดเป็นความลับ เนื่องจากกลัวถูกกีดกันจากสังคมหรือสังคมรังเกียจ ทำให้ไม่ยอมมารักษาต่อเนื่อง หยุดรับประทานยาและมีอาการกำเริบในที่สุด (ณัฐสุภา พรสมบุญ และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562)

### 2.1.5.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยมีการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554 อ้างถึงใน ลักษณ์นา พานิชสรรค์ และ เพ็ญพัทธ์ อูทิศ, 2561)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงมีสุขภาพดี พื้นฟูสภาพร่างกาย และช่วยลดพยาธิสภาพ รวมทั้งลดความพิการ

2) ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นที่ร่วมกับชุมชน

4) ให้บริการโดยใช้ทักษะความรู้ โดยเน้นความสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับ

ครอบครัว

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน

6) ประสานงาน หรือเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย

9) ให้ความรู้ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีลักษณะการให้บริการแบบผสมผสาน เพื่อให้การดูแลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพโดยทีมสุขภาพ มีทั้งการส่งเสริมการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู เพื่อให้บริการอย่างมีคุณภาพและมีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลสู่ผู้ป่วยและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

### 2.1.5.3 ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในปัจจุบันแนวทางในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนแปลงไป โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังและมีอาการกำเริบ ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตนั้นลดต่ำลง (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) และมีผลกระทบตามมาดังนี้

1) ผลกระทบด้านจิตใจ ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของครอบครัว ชุมชนที่เชื่อว่า การเจ็บป่วยเกิดจากเวรกรรม มีทัศนคติทางลบต่อการเจ็บป่วยทำให้ถูกกีดกันจากสังคม รวมทั้งปฏิเสธที่จะให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ซึ่งในที่สุดจะทำให้เกิดความรู้สึกผิดแยกตัวจากสังคม

2) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจุบันการรับผู้ป่วยจิตเภทเข้าทำงานนั้น เป็นสิ่งที่ยังมีข้อจำกัด ทั้งๆที่ผู้ป่วยบางรายยังต้องการที่จะทำงานเพื่อหารายได้เช่นเดียวกับคนในวัยเดียวกัน ภาระค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จึงตกอยู่กับสมาชิกในครอบครัว จนเกิดเป็นความรู้สึกด้อยค่าไร้ความสามารถในที่สุด

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว ในการปรับตัวให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อการมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

จะเห็นได้ว่า การรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันนั้น มีความเปลี่ยนแปลงจากเดิม คือลดระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนเมื่ออาการทุเลา ซึ่งในบางรายอาจยังมีอาการหลงเหลืออยู่ และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังที่ต้อง

ใช้เวลาในการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน บางรายอาจต้องดูแลไปตลอดชีวิต เพราะผู้ป่วยมักจะมี ความเสื่อมของบุคลิกภาพไปเรื่อย ๆ เมื่อมีการกลับเป็นซ้ำ เช่นเดียวกันกับความสามารถในการดำเนิน ชีวิต การทำกิจวัตรประจำวัน หรือการทำหน้าที่ทางสังคมต่างๆก็เสื่อมไปด้วย อีกทั้งยังอาจถูกกีดกัน จากชุมชนและสังคม จากเหตุนี้เองทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องอาศัยผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรต่าง ๆ หรือ ทำหน้าที่ต่าง ๆ แทน ส่งผลให้ครอบครัวต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในทุก ๆ มิติ

## 2.2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การสื่อสาร การ แสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ถือเป็นความเจ็บป่วยที่ยากต่อการดูแลรักษา มีความเรื้อรังและ พยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น จนบางรายไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องอาศัยผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน (วารภรณ์ สินธุโสภณ และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2561) ส่งผลให้ผู้ดูแลใน ครอบครัว (Family caregiver) จึงเป็นผู้ที่มีหน้าที่และทำบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิต เภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ (พิชามญช์ อินทะพุดม, 2564) ในหัวข้อนี้ได้อธิบายถึง ความหมายของ ผู้ดูแลในครอบครัว ชนิดของผู้ดูแลในครอบครัว และผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

### 2.2.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

Sherman et al. (2014) ผู้ดูแลในครอบครัว คือ บุคคลที่รับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เป็นหลัก โดยให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นผู้ที่ดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก ที่สุด

กรรณิกา รักยิ่งเจริญ (2557) ให้ความหมาย ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลซึ่งมี ความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย มุ่งเน้นเฉพาะให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยไม่รับค่าจ้างหรือ รางวัลตอบแทน

วารุณี มีเจริญ (2557) ผู้ดูแลในครอบครัว คือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย โดยเป็นหลักใน การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยไม่ได้ รับค่าตอบแทน

ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ และคณะ (2559) ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่ทำ หน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย



สิริมาบังอร ดีหลี (2560) ให้ความหมาย ผู้ดูแลหมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักและเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล

อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์ (2560) ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ซึ่งมักดูแลด้วยความสมัครใจไม่ได้รับค่าตอบแทน

พิชามณูช อินทะพุม (2564) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ให้การดูแลต่อเนื่องและมักจะเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือดเป็นส่วนใหญ่

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยเพียงคนเดียวคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้างหรือรางวัล มีการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป และมีอายุ 20 ปีขึ้นไป

## 2.2.2 ชนิดของผู้ดูแลในครอบครัว

Horowitz (1992) ได้มีการจำแนกประเภทของผู้ดูแลตามระดับความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยและระยะเวลาในการดูแลดังนี้ (Horowitz, 1992 อ้างถึงใน จารุวรรณ ณะสุข, ชมชื่น สมประเสริฐ และ จุลจรรยาพร สิ้นศิริ 2561)

2.2.2.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น ลูกจ้าง ทีมสุขภาพ พยาบาล องค์กรต่างๆ รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (care assistant) โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างก็ได้ตามข้อตกลง

2.2.2.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพันสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว บุตร หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล ซึ่งความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ดังนี้

2.2.2.2.1 ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่ พบป่วยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัวในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2.2.2.2.2 ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้าน หรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้ในอดีต

### 2.2.3 ผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ (อัญชลี ตักโพธิ์, 2559) ซึ่งมีทั้งผลกระทบในด้านบวกและด้านลบซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการดูแล แต่ส่วนใหญ่ล้วนเป็นผลกระทบทางด้านลบที่ส่งผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยดังนี้ (Poonnotok, 2015)

2.2.3.1 ด้านร่างกาย (physical domain) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวในด้านร่างกายเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรังต้องได้รับการรักษาในระยะยาว บางครั้งมีอาการหรือพฤติกรรมรุนแรงไม่อาจคาดคะเนได้เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว ด่าว่าเพื่อนบ้าน นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมรบกวนการนอนของผู้อื่น บางครั้งทำร้ายสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย เช่น การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีอาการเหนื่อยล้า ไปจนกระทั่งการถูกทำร้ายร่างกายในขณะที่ผู้ป่วยอาการกำเริบ ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ตลอดจนผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นอยู่เดิมก็กำเริบขึ้นได้ (พิชามญชฺ์ อินทะพุดม, 2564)

2.2.3.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological and emotional) การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจญาติผู้ดูแลอย่างมาก โดยกล่าวว่าการที่บุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเปรียบเหมือนการสูญเสียญาติตนเองไป ถึงแม้จะไม่ได้เสียชีวิตแต่ก็ต้องพบกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ใช่คนเดิมที่เคยรู้จัก ความรู้สึกเช่นนี้จะเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ตามการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตที่มักเปลี่ยนแปลงขึ้นลงโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา ดังนั้นผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจหลาย ๆ ด้าน เกิดความเครียด กังวลและมีอาการซึมเศร้า และมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan & Sangon, 2016)

2.2.3.3 ด้านความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ระดับความเป็นอิสระของบุคคลบกพร่องไป ทั้งนี้เนื่องจากภาระหลายอย่างที่ต้องคอยดูแลและรับผิดชอบ ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยนอกจากนี้ยังรู้สึกว่าการทำหน้าที่มากเกินไป เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่าผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวย่นลงกว่าเดิมจากปัญหาและการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเอง โอกาสในการพบปะเพื่อนบ้านหรือการมีกิจกรรมทางสังคมลดลง (สุณีย์ แสงดาว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ รัชนิกร เกิดโชค, 2555)

2.2.3.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว พบว่าคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวด้านความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไป เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการผิดปกติของผู้ป่วยทั้งด้านความคิด อารมณ์พฤติกรรม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลงความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหินไปและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง (นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554 อ้างถึงใน สุณีย์ แสงดาว และคณะ, 2555) ญาติผู้ดูแลรับรู้การถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นตระกูลที่มีคนป่วยโรคจิต รับรู้ว่าคนในสังคมมีทัศนคติทางลบต่อตนเองและผู้ป่วย ทำให้มองคุณค่าตนเองต่ำ แยกตัวห่างจากสังคม ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยลงแม้แต่การสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพก็ไม่เพียงพอ ทั้งนี้เพราะมุ่งไปที่การดูแลสนับสนุนผู้ป่วยมากกว่า ทั้งนี้ รวมทั้งในแง่โอกาสการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลในที่สุด (นันทมนต์ ฉิมสุข และ เพ็ญนิภา แดงด้อมยุทธ์, 2557)

2.2.3.5 ด้านเศรษฐกิจ (economic domain) จากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล จากการที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์รายรับลดลงเนื่องจากผู้ดูแลบางคนต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจเกิดความตึงเครียด เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจที่เพียงพอ (Poonnotok et al., 2016)

2.2.3.6 ด้านจิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality / personal beliefs) ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำและตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น ได้แก่ ความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด หมดกำลังใจท้อแท้ และสิ้นหวัง จากการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเศร้าและรู้สึกผิดคิดว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของการ

เจ็บป่วย จนเกิดเป็นความโกรธ ผิดหวังต่อการรักษาโกรธที่บุคคลภายในบ้านเกิดการเจ็บป่วยทางจิต รู้สึกหมดหวังและหมดพลัง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณนอกจากนี้บางรายยังมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิต มีสาเหตุมาจากทางด้านไสยศาสตร์หรือเกิดจากหรือเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาทางช่วยเหลือทางจิตวิญญาณผู้ดูแลบางรายนำผู้ป่วยไปทำพิธีทางไสยศาสตร์เช่น การขอให้พระรดน้ำมนต์ และให้หมอผีทำพิธีขับไล่ผี เป็นต้น เมื่ออาการไม่ดีขึ้นก็ไม่กล้าพาผู้ป่วยมารักษาต่อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย (สุนีย์ แสงดาว, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, และ รัชนิกร เกิดโชค, 2555)

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้เวลาเกือบทั้งวันในการดูแล ส่งผลกระทบโดยตรงกับผู้ดูแลในทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ความเป็นอิสระของบุคคล สัมพันธภาพสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการดูแล ทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม ในบางรายถูกกีดกันจากสังคมแม้จะเป็นเพียงผู้ดูแลก็ตามเพราะโทษว่าเป็นผลจากการดูแลของผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยสร้างความวุ่นวาย ถึงขั้นถูกการตีตราจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา หากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาและคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีได้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นและผู้ป่วยจิตเภทกลับเป็นข้าลดลงดังนั้นครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัว จึงต้องอาศัยความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งอาการและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยให้มากที่สุด

### 2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

การเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิต หรือโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขซึ่งสาเหตุในการเกิดล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อจิตใจทั้งสิ้น ทั้งสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เข้ามาในชีวิต แต่บุคคลนั้นยังรู้สึกอับอาย หรือมีทัศนคติในทางที่ไม่ดี หากจะยอมรับว่าคนในครอบครัวของตนมีอาการทางจิต กรมสุขภาพจิตจึงมีแนวทางพัฒนาสุขภาพจิตในเชิงรุก โดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตแก่ประชาชนว่า การเจ็บป่วยหรือมาความผิดปกติทางจิตใจนั้น ไม่ได้แตกต่างจากการเจ็บป่วยทางกาย จึงจำเป็นต้องบำบัดรักษาให้หายจากอาการเหล่านั้น (กรมสุขภาพจิต, 2560) แนวคิดนี้ถูกพัฒนามาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นทักษะการรับรู้และมีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพจิต ที่ทำให้บุคคลสามารถดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ (ณัฐภรณ์ สันต์ ศิริวิชัย และ มัจฉริย์ คู่วิวัฒน์ชัย, 2564) ในหัวข้อนี้ได้อธิบายถึง ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.3.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

Jorm (2000; Jorm et al., 2019) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นความรู้ความสามารถของบุคคลที่จะตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต รู้ถึงวิธีการค้นหาข้อมูลและแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรับรู้ เข้าใจ จัดการ และป้องกันปัญหาทางจิต

Reavley et al. (2012) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คือ ความรู้ความเชื่อที่ช่วยให้บุคคลสามารถ เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพจิต จนสามารถดูแลและป้องกันตนเองได้ตลอดจนให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาด้วยทักษะที่มีความเหมาะสมกับปัญหา

O'Connor and Casey (2015) ความรอบรู้สุขภาพจิตคือการมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ทราบแหล่งให้ความช่วยเหลือ มีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต จากคนใกล้ชิดหรือนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต เพื่อรับการดูแล รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการป้องกันและลดความรุนแรง ของความผิดปกติทางจิตใจ

Tonsing (2018) ได้ให้คำนิยาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคือ การรับรู้ความผิดปกติ ความทราบจากโรคจิตเวช และมีความรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุรวมทั้งการแสวงหาบุคลากรด้านสุขภาพจิตเพื่อขอความช่วยเหลือ ให้ตนเองดีขึ้นได้ รวมไปถึงทัศนคติที่ส่งเสริมการตระหนักรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย และคณะ (2563) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คือ การที่บุคคลมีองค์ความรู้และทราบแหล่งที่จะขอความช่วยเหลือ รวมถึงมีทัศนคติที่ดีกับผู้เชี่ยวชาญที่จะให้การช่วยเหลือจนดีขึ้นได้

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้เกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้

### 2.3.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ (นุสรนา นามเดช, พเยาว์ พงศ์ศักดิ์ชาติ และ อรทัย สงวนพรรค, 2561; วชิรา โพธิ์ใส, ราตรี บุญชู, ดวงกมล วัตราดุลย์, คุณัสปรกรณ์ มัคคัปปลานนท์ และ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2563) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ความผิดปกติทางจิตใจ บุคคลมีการรับรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในเรื่องของความหมาย หรืออาการสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงความไม่เข้าใจในคำศัพท์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอาการที่สังเกตได้ แต่ไม่เข้าใจว่าเป็นโรคอะไร ถ้าหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดี ก็อาจทำให้สามารถนำเข้าสู่ระบบการรักษาได้เร็ว (วชิรา โพธิ์ใส และคณะ, 2563)

2. ความรอบรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ภาวะซึมเศร้าและโรคจิตเภทเป็นโรคที่ทั่วทุกประเทศในโลกมีคนเจ็บป่วยจำนวนมาก ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย เช่น ทั้งวิถีชีวิตสภาพแวดล้อมทางสังคม ความกดดันต่าง ๆ และแข่งขันกันอย่างจริงจัง ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้น ที่สำคัญ รวมทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม และวัฒนธรรม อาจรวมไปถึงความเชื่อต่างๆ เรื่องการถูกควบคุมโดยวิญญาณชั่วร้าย การถูกสาป ถูกคาถาอาคม ก็ถูกมองว่าเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตเช่นกัน ดังนั้นการรู้จักปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วย ก็จะช่วยให้สามารถจัดการกับสิ่งเร้าต่าง ๆ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคและความรุนแรงของความผิดปกติได้ (O'Connor & Casey, 2015; ญัณฐภักดิ์ สันต์ ศรีวิชัย และ มัจฉรีย์ คูวิวัฒน์ชัย, 2564)

3. ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง คือ ความเชื่อว่าตนเองจะสามารถหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับตนเองได้เมื่อมีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมีคนจำนวนน้อยมากที่มีอาการตามเกณฑ์แล้วจะเข้ารับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้นทักษะการช่วยเหลือตนเองจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการแสวงหาการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูง นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เพราะเมื่อคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมจะสามารถเลือกแหล่งขอความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตได้ตามความเหมาะสมของความผิดปกติหรือโรคที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ (ญัณฐภักดิ์ สันต์ ศรีวิชัย และ มัจฉรีย์ คูวิวัฒน์ชัย, 2564)

4. ความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ที่ประกอบไปด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวช หรือนักสังคมสงเคราะห์ โดยจะเห็นจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชาชนจะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อตนเองเกิดปัญหาทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางกายหรือปัญหาทางจิต แตกต่างจากประเทศด้อยพัฒนา ที่ยังมีความเชื่อฝังแน่นเกี่ยวกับสิ่งลึกลับต่าง ๆ เช่นการตีมน้ำมนต์ หรือแม้กระทั่งการใช้สมุนไพรในการรักษา ดังนั้นจึงควรมีการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ที่ครอบคลุมในทุกๆ ด้าน (วชิรา โพธิ์ใส และคณะ, 2563)

5. ทักษะการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะถูกตีตราหรือมีตราบาป (stigma) ซึ่งเป็นอุปสรรคในการขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น ผู้คนส่วนใหญ่จะไม่อยากเข้าไปช่วยหรือเกี่ยวข้องกับครอบครัวของผู้ที่มีปัญหา

สุขภาพจิต แม้กระทั่งคนในครอบครัวก็กลัวการถูกตีตรา หรือถูกมองว่าโรคประสาท หรือมีความผิดปกติทางจิตจะมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมากกว่าความผิดปกติด้านร่างกาย (นุสรา นามเดช และคณะ, 2561)

6. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ในปัจจุบันมีข้อมูลค่อนข้างจำกัดเกี่ยวกับวิธีการค้นหาความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจิต แหล่งข้อมูลที่สำคัญส่วนใหญ่ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนญาติ และบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้แหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลสำคัญ ได้แก่ ข่าวสารจากละครหรือภาพยนตร์ ที่สื่อถึงปัญหาสุขภาพจิตในทางลบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการรับรู้ ซึ่งการสื่อสารเหล่านี้อาจนำไปสู่การมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ อย่างไรก็ตามยังมีแหล่งข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่หลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น หนังสือห้องสมุด อินเทอร์เน็ต และหลักสูตรการศึกษา รวมถึงเว็บไซต์สุขภาพจิตบางแห่งได้รับความนิยมจำนวนมาก ดังนั้นการควบคุมคุณภาพของแหล่งข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นประเด็นสำคัญและจำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนจะได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง (Furnham & Swami, 2018)

### 2.3.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

จากทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ณัฐธัญญ์ สันต์ ศรีวิชัย และ มัจฉริย์ คูวิวัฒน์ชัย, 2564) และการทบทวนปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการศึกษาของ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ (2563) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.3.3.1 เพศ เป็นลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมทั้งการดูแลตนเองระหว่างเพศชายและเพศหญิง ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น ดังนั้นเพศจึงมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคคล (อานนท์ สังฆะพงษ์, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, และ วรณรัตน์ ลาวัณ, 2562)

2.3.3.2 อายุ เมื่ออายุที่เพิ่มขึ้นสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดีหมายถึง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ความตระหนักและการจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตลดน้อยลง เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาส่งผลให้ความสามารถในด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ การช่วยเหลือตนเอง ความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมและความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตลดน้อยลงด้วย (Bjørnsen, Espnes, Eilertsen, Ringdal & Moksnes, 2019)

2.3.3.2 ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา กล่าวคือ หากบุคคลได้รับการศึกษาจะส่งผลให้เกิดความรู้ ทักษะ และความเชื่อที่

ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ที่จะช่วยให้เกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ในปัจจุบันประชาชนจำนวนมาก มีการรับรู้และมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในเรื่องอาการและอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงไม่เข้าใจคำศัพท์ทางจิตเวช รวมถึงการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพจิต ดังนั้น หากบุคคลได้รับการศึกษาที่เหมาะสมจะทำให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอด้วยเช่นกัน (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563)

2.3.3.3 อาชีพ ประเภทหรือชนิดของงานที่บุคคลนั้นทำอยู่ เป็นรูปแบบการดำรงชีพหน้าที่ความรับผิดชอบต่อสังคมและบุคคลอื่น ซึ่งลักษณะการทำงานในบางอาชีพมีผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยจากการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีอาชีพจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่ไม่ประกอบอาชีพ และในแต่ละอาชีพนั้นก็จะมีผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน (อานนท์ สังฆะพงษ์ และคณะ, 2562)

2.3.3.4 รายได้ หรือค่าตอบแทนที่ได้จากการประกอบอาชีพเป็นประจำทุกๆเดือน โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้กับผู้ที่ไม่มียาได้ มีผลต่อการรับรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (อานนท์ สังฆะพงษ์ และคณะ, 2562)

2.3.3.5 การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายสังคม หมายความว่า หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมที่ดีและเพียงพอ จะเป็นปัจจัยสนับสนุนทำให้เกิดความตระหนัก และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สนใจร่วมกับเครือข่ายสังคม จะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอมากยิ่งขึ้น (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563)

2.3.3.6 สถานะด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสถานะด้านสุขภาพ หมายความว่า หากบุคคลมีสถานะด้านสุขภาพที่สมบูรณ์จะทำให้มีพฤติกรรมและทักษะการช่วยเหลือตนเองที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การพบปะผู้คน การเข้ารับบริการให้คำปรึกษา พฤติกรรมเหล่านี้ จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอได้ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563)

2.3.3.7 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายความว่า หากมีความสัมพันธ์ในระดับที่ดี ก็จะแสวงหาสิ่งที่ดี การรักษาที่ดี มีทัศนคติที่ดีในการดูแลส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลและอาการของผู้ป่วย (Björnsen et al., 2019)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนั้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญทั้งต่อบุคคลทั่วไปในทุกๆระดับ ทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่นับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด



ปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งยังต้องคอยดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวของตนเองในทุก ๆ ด้าน เพราะถ้าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี ก็จะแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองและผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต โดย ญัฏฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย และคณะ (2563) ตามแนวคิดของ Jorm (1997; 2012) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

## 2.4 การสนับสนุนทางสังคม

การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากคนในครอบครัวหรือบุคคลอื่น จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค เพื่อให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุขและมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ จึงเรียกได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต (วรารักษ์ สินธุโสภา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2561) ในหัวข้อนี้ได้อธิบายถึง ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม กลไกการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

Cobb (1976) การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้รู้ว่า มีคนคอยให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง เห็นคุณค่า รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรัก ความไวใจ ความช่วยเหลือด้าน การเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการให้ข้อมูลเพื่อประเมินตนเองและการเรียนรู้

นริสา วงศ์พนารักษ์ และ อภิญญา วงศ์พิริโยธา (2558) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ความรัก ความห่วงใย ไว้วางใจ มีการช่วยเหลือกันในด้านต่าง ๆ ทั้งด้าน เงิน สิ่งของ ตลอดจนข้อมูลข่าวสารหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อประเมินตนเอง

พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ (2560) การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการช่วยเหลือสนับสนุนกัน ด้านอารมณ์ การยอมรับ การให้กำลังใจ วัตถุสิ่งของ

และข้อมูลข่าวสาร จนเกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

สุพรรณณี สายบุตร และ ชานนท์ โกมลมาลย์ (2563) การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลในสังคมมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนทรัพยากร วัสดุ รวมทั้งความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็น และประสบการณ์ต่างๆ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์กัน ให้การช่วยเหลือให้กำลังใจกันและกัน รวมทั้งการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและสิ่งของ เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้บุคคลมองเห็นคุณค่าของตนเองเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ให้บุคคลสามารถดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

#### 2.4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) ได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกัน ทำให้เกิดความผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ประเภท คือ (ปริदानันต์ ประสิทธิ์เวช และ รัชนิกร อุปเสน, 2562)

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือการเห็นคุณค่า ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ รวมทั้งการสอบถามและรับฟังความรู้สึก
2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) การให้ข้อมูลให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อใช้ในการอยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อให้เกิดการประเมินตนเองในการเผชิญกับปัญหาที่อาจจะต้องพบเจอ โดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหา
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการแนะนำแนวทาง หรือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา โดยให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการสถานการณ์นั้นๆ
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือการให้การช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน เวลา รวมทั้งแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการ

โดยการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรซึ่งครอบคลุมความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

### 2.4.3 กลไกของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีผลดีต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ที่สำคัญคือ การสนับสนุนทางสังคมนั้นเปรียบเสมือนกันชน (buffer) สำหรับความเครียดและภาวะวิกฤตในชีวิต (พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ และ ประนอม โอทกานนท์, 2560) โดยกลไกทางบวกของการสนับสนุนทางสังคมมีดังนี้

1. อิทธิพลของสังคมและการเปรียบเทียบ คือ กลไกทางสังคมที่เกิดจากกฎวัฒนธรรม ของคนในสังคมที่ตัดสินว่าดี เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อการที่บุคคลเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมในสิ่งที่สังคมมองว่าถูกและเหมาะสม

2. ในสังคมจะมีการควบคุม ซึ่งเกิดขึ้นเองในกลุ่มของสมาชิกเครือข่ายของสังคม หรือกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันจะมีการห้ามปราม หรือเฝ้าระวังสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีการแนะนำ ส่งเสริมให้คนในเครือข่ายยึดถือปฏิบัติในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

3. มีการชี้นำพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้มีการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย รวมทั้งการสนับสนุนและควบคุมซึ่งกันและกัน ตามบทบาทของความสัมพันธ์ ซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลด้านบวกต่อพฤติกรรมทั้งสิ้น

4. การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยลดความเศร้า ความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังเพิ่มความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิต

5. ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และทุกคนมีมิตรภาพที่ดีต่อกัน ส่งผลให้เกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น ลดช่องว่างในสังคม ซึ่งมีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของทุกคนในชุมชน

6. การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

จะเห็นได้ว่า กลไกการสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นสิ่งที่ดี ซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งให้บุคคลนั้นรับรู้ได้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้น โดยมีทั้งการควบคุม และสิ่งที่เกิดขึ้นจากกฎ หรือวัฒนธรรมที่กลุ่มบุคคลนั้นมองว่าเป็นสิ่งที่ดี จนเกิดเป็นแรงสนับสนุนและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคล ทำให้ส่งผลดีทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต

#### 2.4.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นหมายถึง ที่มาของการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งอาจเป็นระหว่างบุคคล กลุ่มคน หรือแม้กระทั่งองค์กร ซึ่งมีการกล่าวไว้ดังนี้ แคปแลน และคณะ (Kaplan et al., 1997 อ้างถึงใน พรพิมล เพ็ชรบุรี, และคณะ, 2560) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วย 2 ประเภท คือบุคคลที่อยู่ในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดที่ไม่ใช่คนในครอบครัว
2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเพื่อให้การช่วยเหลือคนที่ลำบาก โดยไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการสนับสนุน ช่วยเหลือด้านอารมณ์ และจิตใจ
3. กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ หรือนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

นอกจากนี้ House (1981) ได้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แบบ คือ

1. แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (informal source) ได้แก่ บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว คู่สมรส ญาติ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือบุคคลที่คุ้นเคยกัน
2. แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (formal source) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ นอกจากนี้ House (1981) ยังได้กล่าวอีกว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ เป็นแหล่งสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด รวมทั้งส่งเสริมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้คนที่ต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนชนิดที่เป็นทางการน้อยลง (พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น มีผลต่อบุคคลโดยเฉพาะบุคคลที่มีผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเมื่อเกิดเหตุการณ์หรือมีสิ่งๆ ที่เข้ามาทำให้เกิดเป็นความเครียด หรือไม่สบายใจ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะทำให้สามารถเผชิญกับวิกฤติต่างๆ ในชีวิต หรือบรรเทาความรุนแรงลงได้โดยผ่านกลไกการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ และหากถ้าบุคคลมีความรอบรู้เท่าทันต่อปัญหา ก็จะสามารถผ่านพ้นไปได้ รวมทั้งมีแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเหล่านั้นย้อนกลับมา อันจะเป็นการส่งผลดีทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ House (1980) ในการวิจัยครั้งนี้

## 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ปัจจุบันในวงการสุขภาพจิตและจิตเวช มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เปรียบเสมือนเป็นผู้ป่วยที่แอบแฝงในระบบบริการสุขภาพ ที่พบว่าหลังจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Opoku-Boateng et al., 2017) หากไม่ได้รับความสนใจอาจนำไปสู่การป่วยทางจิตได้ (พิชามณูย์ อินทะพุดม, 2564) จึงได้มีนักวิชาการหลากหลายสาขาพยายามให้ความหมายหรือคำจำกัดความของคำว่า คุณภาพชีวิตกันอย่างกว้างขวาง ในหัวข้อนี้ได้อธิบายถึง ความหมายของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.5.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจและเป็นเป้าหมายที่ต้องการพัฒนา เพราะคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนย่อมนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ได้ดี และมีประสิทธิภาพ และเป็นการยากที่จะอธิบายให้เข้าใจตรงกัน เนื่องจากการนิยามของคุณภาพชีวิตนั้นมีองค์ประกอบ ในหลายมิติ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (เอมิกา กลยานี และคณะ, 2558) จึงมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้มากมาย ดังนี้

Ferrans and Powers (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึก ผาสุกของบุคคลซึ่งเป็นมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต

World Health Organization (1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

อัมรา บุญสาหร่าย (2562) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือการรับรู้ของบุคคล ในเรื่องคุณค่าของชีวิต เป้าหมาย ความคาดหวัง อันประกอบไปด้วย สุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งความเชื่อและความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ในสังคมและสิ่งแวดล้อม

Richieri et al. (2011) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นการที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้และประเมินได้ว่าเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์และเวลา

วราภรณ์ ลินธุโสภา (2561) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ถึงสถานะของตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจภายใต้เป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

กล่าวโดยสรุป คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงสถานะความพึงพอใจต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตามประสบการณ์ และเป้าหมายของคนแต่ละคน ภายใต้องค์ประกอบที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญ ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละบุคคล

### 2.5.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

นักวิชาการหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Ferrans and Powers (1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของ George and Bearon (1980) แล้วสรุปเป็น 4 องค์ประกอบดังนี้คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างสุขภาพในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วยมาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้านสภาพทั่วไปของบ้านเมือง รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจไปจนถึงการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆในชีวิต ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตนเอง ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วย บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

คุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ Zhan (1992)

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิต บุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่งโดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม คือสถานภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การศึกษา อาชีพ รายได้

สுவັນน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดองค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) แบ่งองค์ประกอบเป็น 4 ด้าน คือ

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยหรือรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก

ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมการรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ถึงเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างมีอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิตการรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

Flanagan (1978) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบคือ

1) การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้

3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4) การมีพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์

5) การมีสันทนาการ เช่น การอ่านหนังสือฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม



กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้น เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ WHO (1996) ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

### 2.5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เอมิกา กลยณี และคณะ, 2558) ประกอบไปด้วย

1. ภาระในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่มากขึ้นและในขณะเดียวกันก็ทำให้รู้สึกที่มีความยากลำบาก ก่อให้เกิดความเครียดและมีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตลดลงได้
2. การสนับสนุนทางสังคม การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก ได้รับการปลอบใจ หรือได้รับความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดจากการดูแล จะทำให้ผู้ดูแล สามารถเผชิญความเครียดและมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจเมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ จากการดูแลช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น
3. ความเข้มแข็งในการมองโลก บุคคลที่มีการรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่มาช่วยในการแก้ไขปัญหาได้ จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้ดี ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา นำไปสู่การมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ
4. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องใช้เวลาเกือบทั้งวันในการดูแล จึงอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ หากผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีจะสามารถทำ

กิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ อีกทั้งยังทำให้ไม่มีความรู้สึกเครียด จึงทำให้ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ

5. อายุของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไปในทางเสื่อมถอยและความเสื่อมถอยนั้นจะเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น อาจมีการปรับตัวไม่ดีเกิดความเครียดในการดูแล ทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

6. สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายได้ด้วยเรื่องของอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติ (high expressed emotion) ซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว อาจมีการวิพากษ์วิจารณ์ตำหนิผู้ป่วย จนเกิดความไม่เป็นมิตร หรือการแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ร้อนจนมีการกำเริบของโรคและป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันปกติ ซึ่งการได้รับยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องก็ไม่สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้ เมื่อเกิดการป่วยซ้ำทำให้ญาติมีทัศนคติไม่ดีและมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย

7. รายได้ของครอบครัว การที่มีคนป่วยด้วยโรคจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย และค่ารักษาที่จำเป็นในระยะยาว และต่อเนื่อง หากครอบครัวใดมีรายได้ที่ค่อนข้างต่ำก็จะทำให้เกิดความยากลำบากมากยิ่งขึ้นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอและเหลือเก็บมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บไม่มีความเดือดร้อนด้านการเงินทำให้สามารถสนับสนุนค่ารักษาและค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย และยังสามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่กระทบกระเทือนกับรายได้ (วรารักษ์ สินธุโสภา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2561)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบไปด้วยหลายปัจจัยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านปัจจัยภายในของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ ภาวะสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก และ 2) ด้านปัจจัยภายนอกของผู้ดูแล ประกอบด้วย ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคือ การรับรู้ของบุคคลที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจภายใต้เป้าหมายของแต่ละบุคคล รวมถึงสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมที่อาศัยอยู่ โดยมีปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล แต่สิ่ง

ที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัด คือการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นั่นคือสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่ ความเครียดที่มีจากการดูแลได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลนั้นดีขึ้นตามมา ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ในการวิจัยครั้งนี้

## 2.6 ภาวะการดูแลของผู้ดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะส่งผลกระทบต่อหรือก่อปัญหาให้กับผู้ดูแลเนื่องจากการดูแลต้องใช้ระยะเวลาส่วนมากในการดูแล ในบางรายใช้เวลามากกว่าการทำงานประจำที่เคยทำ เกิดเป็นความไม่สะดวก ความยากลำบากในการแสดงบทบาทและการดูแลเนื่องจากต้องมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเข้ามา เกิดเป็นภาวะในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ยังขาดความรู้ความชำนาญ จนอาจแสดงออกเป็นภาวะความเครียดทางอารมณ์ตามมา (เสาวนีย์ คงนรินทร์ และคณะ, 2561) ในหัวข้อนี้ได้อธิบายถึง ความหมายของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชนิดของภาวะการดูแลและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.6.1 ความหมายของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง มีโอกาสป่วยซ้ำ หรือมีอาการกำเริบได้บ่อย หากมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่อุปการะครอบครัวและชุมชน ซึ่งที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ต้องสร้างเข้าใจให้ครอบครัวและชุมชนผู้ป่วยจิตเภทในการเข้ามารับบทบาทหน้าที่ที่ต่างจากเดิมโดยเฉพาะผู้ดูแลจะต้องมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในทิศทางที่ดี รวมถึงผู้ดูแลต้องใช้เวลาความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่หนักและมีความรับผิดชอบซึ่งเรียกว่า ภาวะ (Montgomery et al., 1985) โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Thompson et al. (1993) ได้กล่าวถึงภาวะว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมากจะมีภาคน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตนเอง มีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Pai and Kapur (1981) กล่าวว่า ภาวะการดูแล เป็นความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่รบกวนปฏิสัมพันธ์ใน

ครอบครัวและผลกระทบที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้รู้สึกท้อใจ วิตกกังวล อารมณ์เสียหรือขุ่นเคือง รวมทั้งการที่ผู้ดูแลรับรู้ปัญหา ความยากลำบาก หรือสิ่งรบกวนต่อตนเองเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย

Montgomery et al. (1985) ได้ให้ความหมายภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล โดยมีผลมาจากงานและความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

สุทธดา บัวจัน เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และ รัชนิกร อุปเสน (2559) ได้ให้ความหมายภาระดูแลว่า เป็นประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สรุปได้ว่า ภาระจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้านรวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบาก หรือเป็นสิ่งที่รบกวนต่อตนเองในการดำรงชีพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม จากการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท

## 2.6.2 ชนิดของภาระการดูแล

ภาระการดูแลของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยอธิบายในเชิงผลกระทบที่เกิดจากการดูแล (Montgomery et al., 1985) แบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีภาระงานที่จำเป็นจะต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและในขณะเดียวกันต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง อันเป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต หลาย ๆ ด้าน ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย เช่น ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรม มีความยากลำบากที่เกิดจากงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรงขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ทศนคติ ความเครียด ความกังวล ซึมเศร้า พบว่า ผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวโดยดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการดำเนินชีวิตปกติทั้ง การดูแลสุขภาพอนามัย การเข้าสังคมการดูแลในเรื่องอาการที่ยังหลงเหลืออยู่ของโรค การจัดการกับ อารมณ์ของตัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท การบริหารยาและการสังเกตอาการ ช่างเคียงของยา (สุทธดา บัวจัน และคณะ, 2559)

จากที่กล่าวมาพบว่า เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้จะทำให้ผู้ป่วยมี อาการทุเลา สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้ ซึ่งการช่วยเหลือที่เพิ่มขึ้นนั้นทำให้ผู้ดูแลเกิดเป็น ภาวะ (เสาวนีย์ คงนิรันดร และคณะ, 2561)

### 2.6.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลทั้ง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (สุทธดา บัวจัน และ คณะ, 2559) ได้แก่

#### ปัจจัยด้านครอบครัว

1) บทบาทของญาติผู้ดูแลเป็นบทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยจิต เภทในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยในด้านการ ดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นโดยทั่วไปการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหา ทางด้านสุขภาพมีกิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติ และลดการกลับเป็นซ้ำเช่นการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือรับรู้และสนใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การให้การดูแลตามแผนการรักษาการดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติและภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง เป็นต้น (สุทธดา บัวจัน และคณะ, 2559)

2) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรงได้แก่ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จัก คู่้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจากมีความสนใจร่วมกันจึงมี ความสัมพันธ์ต่อกัน ในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ภายใต้สถานการณ์แต่ ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันซึ่งความสัมพันธ์จะ นำไปสู่ความคาดหวัง และความรับผิดชอบสูงทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาวะ (Jones, 1996 อ้างถึงใน กาญจนา ช่มอาวุธ, 2560)

3) การติดต่อสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ โดยเฉพาะการอยู่ร่วมกันของคนในครอบครัว พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวคือการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง และ ญาติในลักษณะการสื่อสาร 2 ทาง ทั้งทางบวก และทางลบ โดยใช้ภาษาพูด และภาษาท่าทาง มีวิธีการสื่อสารที่เข้าใจได้ชัดเจน ตรงตามความต้องการของผู้พูด ตรงไปยังบุคคลเป้าหมายโดยไม่ผ่านผู้อื่น ประกอบด้วยพื้นฐานการเข้าใจบุคคล การฟังอย่างมีประสิทธิภาพการสื่อสารความรู้สึก นึกคิดของตนเองหรือการให้ความสนใจที่ปัญหาและการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (สุทธดา บัวจัน และคณะ, 2559)

4) ทักษะความเครียดในผู้ดูแล คือความรู้สึก ทำที่ต่อผู้เจ็บป่วยตลอดจนความเชื่อต่อการเจ็บป่วยของผู้ดูแลที่มีผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ในทัศนของความเครียดนั้นจะรวมไปถึงการรับรู้ถึงการรับรู้ของผู้ดูแลที่ต้องพบเจอกับพฤติกรรมแปลกๆของผู้ป่วย จึงกล่าวได้ว่าทัศนคติ ทักษะความเครียดนั้นมีผลต่อภาระการดูแล เพราะผู้ดูแลต้องพบกับความเครียดภายนอกจากตราบาป เกิดความสับสนทางอารมณ์ เช่นความรู้สึกผิดและโดดเดี่ยวรวมทั้งการทะเลาะวิวาทกันการเกิดความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย (เสาวนีย์ คงนิรันดร และคณะ, 2561)

5) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียงสีหน้าท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลทำให้ภาระทางอัตนัยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ควรมีการจัดการป้องกันหรือลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลผู้ป่วย (สุทธดา บัวจัน และคณะ, 2559)

6) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยผู้ดูแลจะถูกมองในเรื่องความเครียดความทุกข์ยาก ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงทำให้ผู้ดูแลนั้นรับรู้ถึงการช่วยเหลือที่ได้รับ อันจะเป็นปัจจัยในการบำบัดสิ่งเหล่านี้เช่น การปรับทัศนคติและการรับรู้ความทุกข์ยากของผู้ดูแล ที่มีข้อจำกัดในการเข้าสังคม การทำกิจกรรมการทำงาน การมีปัญหาทางจิต เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ ความตึงเครียด และจากการศึกษาของ Montgomery et al. (1985) พบว่าสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ (เสาวนีย์ คงนิรันดร และคณะ, 2561)

### ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1) อายุของผู้ดูแลอายุของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ภาระที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า เพราะความสามารถในการแก้ไขปัญหาของบุคคลจะค่อยๆพัฒนาขึ้น จึงทำให้มีส่วนทำให้ภาระน้อย (วาสนา นามเหลา และคณะ, 2561)

2) เพศ เพศหญิง จะถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังในการช่วยดูแลสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทตามธรรมชาติของเพศหญิง และเพศหญิงยังเป็นเพศที่ไวต่อความรู้สึกมีความตึงเครียดทางอารมณ์ แต่ด้วยบทบาทที่ได้รับและการอบรมสั่งสอน และประสบการณ์จากการดูแล ตลอดจนมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดี ทำให้สามารถอดทน จัดการปัญหา และรับรู้ถึงภาระได้ต่ำ (ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนิกร อุปเสน, 2563)

3) สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่มีคู่สมรสจะมีลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูลทำให้สามารถลดความเครียดต่าง ๆ และการรับรู้ต่อภาระลดลงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้วย หากคู่สมรสเจ็บป่วยและมีความสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่น เต็มใจ ให้การดูแลมากกว่า ส่วนผู้ดูแลที่โสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จะขาดกำลังใจในการปฏิบัติการดูแล และเกิดความเครียดได้ง่ายซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระได้ (วาสนา นามเหลา และคณะ, 2561)

4) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและรู้จักแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และรู้จักแสวงหาแหล่งสนับสนุนเพื่อขอรับการช่วยเหลือได้ดีกว่า ด้วยทำให้ปรับกิจกรรมการดูแลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้ (วาสนา นามเหลา และคณะ, 2561)

5) รายได้ รายได้ของผู้ดูแล และครอบครัวเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย และภาระการดูแลเพราะในการดูแลจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าเดินทางในการไปรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้จากการไม่มีอาชีพ ภาระจึงตกอยู่กับผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งหากครอบครัวมีรายได้น้อย ก็จะทำให้มีความวิตกกังวลมากกว่า (จรัสพร หอมจันทร์ดี และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562)

### ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

1) รายได้ รายได้ของผู้ป่วยอาจเป็นรายได้จากการที่เคยประกอบอาชีพ ก่อนการเจ็บป่วยหรือภายหลังการเจ็บป่วยที่อาการดีขึ้น และรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยและภาระการดูแลเพราะในการดูแลจะต้องมีการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้ ไม่มีอาชีพ ภาระจึงตกอยู่กับผู้ดูแล ดังนั้น ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย จะมีความวิตกกังวลมากกว่า (สุทธดา บัวจัน และคณะ, 2559)

2) ความเกี่ยวข้องผู้ดูแลกับผู้ป่วยครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ช่วยเหลือผู้ป่วยสำหรับกรณีที่กำหนดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากมีความผูกพัน ใกล้ชิดและเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลและเกื้อหนุนสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยเร็ว แต่บทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวที่แตกต่างกัน ทำให้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไปด้วยจึงส่งผลต่อภาระในการดูแล (จรัสพร หอมจันทร์ดี และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562)

3) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ข้อสรุปว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจน้อยลง ผู้ดูแลหลายคนจะมีสุขภาพแย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ และระบบทางเดินอาหารจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานาน และผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถรับรู้ความรู้สึกว่าเป็นภาระ หลังจากให้การดูแลหรือหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (สุทธดา บัวจัน และคณะ, 2559)

4) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรค เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นระยะเวลายาวนาน และต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่น ผู้ป่วยที่รับการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปีเป็นอย่างน้อย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยาก และฝืนใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความอดทนน้อย อาจไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจิตเภท ส่วนมากจึงมักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง และผู้ป่วยมักจะมีความเสื่อมถอยของความสามารถในทุกๆด้าน รวมทั้งการดูแลตนเองซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและภาระการดูแลที่มากขึ้นเพราะเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะเข้ามาดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่องในความสามารถในการดูแลตนเอง (ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนิกร อุปเสน, 2563).



5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจในความเป็นจริงของซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น หากผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ก็จะสามารถรับรู้ภาวะการดูแลได้เช่นกัน (ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนีกร อุปเสน, 2563)

จะเห็นได้ว่า ภาวะการดูแลของผู้ป่วยนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดการรับรู้ถึงภาวะในการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ดูแลหรือแม้กระทั่งปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งล้วนแล้วแต่มีผลทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลโดยจะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะทำให้การรับรู้ถึงภาวะในการดูแลนั้นลดลง รวมทั้งความวิตกกังวล ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินภาวะการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช โดย อรวรรณ ศิลปะกิจ และคณะ (2558) ตามแนวคิดของ Zarit (1987) ในการวิจัยครั้งนี้

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ (2559) ศึกษาภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 44 คน ที่มารับบริการ โดยผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 รู้สึกเป็นภาวะการดูแล โดยแบ่งเป็นภาวะการดูแลมาก ร้อยละ 11.4 ภาวะการดูแลปานกลางร้อยละ 22.7 ภาวะการดูแลน้อยร้อยละ 20.5 นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ อาการของผู้ป่วย การมีคนช่วยในการดูแล การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย และภาวะสุขภาพผู้ดูแล ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัศววัฒน์ เพ็ญวงภควัต (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ จำนวน 170 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ การรับรู้สมรรถนะ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .05$  ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรเน้นการสร้างเสริม สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่นและไว้วางใจ ส่งผลให้ลดภาวะ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วาสนา นามเหลา ชนิดดา แนบเกสร และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ จำนวน 100 คน โดยผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลโดยรวม 49.86 2) อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จัดเป็นองค์ประกอบใน ส่วนของพัฒนาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $<.05$  ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพ ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดภาวะการดูแล

เสาวนีย์ คงนิรันดร ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ชนิดดา แนบเกสร (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดวิเคราะห์ ความสัมพันธ์เชิงทำนาย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 90 ราย โดยการศึกษาใน ครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ทศนคติต่อการดูแล พฤติกรรมการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ มีการรับรู้ถึงภาวะการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระบับน้อย

ฐิตยาภรณ์ พิมวรรณ และ นิสิตา นาทประยุทธ์ (2564) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ในกลุ่มผู้ดูแลที่อาศัย อยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 80 ราย พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะการดูแลมีทั้งปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการดูแลต่อวัน และประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  และจากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการ วิจัยส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Alireza et al. (2021) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิต ในประเทศอิหร่าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของ ประชาชน เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวาง โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 1,070 รายในเมืองโกนาบัด ประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $< 0.00$  กล่าวคือ เมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ในระดับที่ดีก็จะมีความรู้ในการรู้เท่าทันอาการทางจิต และแสวงหาแหล่งที่ให้การช่วยเหลือแก่ตนเองได้ เป็นการลดความรุนแรงในการเกิดอาการทางจิตได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Souza et al. (2017) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอาการทางจิต เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เข้าร่วมโครงการดูแลด้านจิตสังคมของศูนย์บริการของภาครัฐ ในบราซิล ที่คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 281 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะการดูแลโดยใช้ ZBI อยู่ในระดับที่สูง โดยพบว่า เพศ อายุ รายได้ และการสนับสนุนจากภาครัฐ มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $< 0.01$  และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา ที่สูงอายุและไม่มีรายได้ ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากพอ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระเนื่องจากการดูแลที่ยาวนานดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรได้รับการดูแลหรือจัดโปรแกรมการสนับสนุนด้านต่างๆ เพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต

Poreddi et al. (2015) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช โดยการสำรวจเชิงพรรณนา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มเลือกจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 161 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลตติยภูมิ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะด้านทัศนคติในการดูแล โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ จะรู้สึกอับอายที่จะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช

Shamsaei et al. (2015) ได้ศึกษาภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นบุคคลในครอบครัวจำนวน 225 คน จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอิหร่าน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีภาวะการดูแลอยู่ในระดับน้อย ถึง ปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการดูแล และระยะเวลาในการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .05$  ดังนั้น ทีมสุขภาพจิตอาจนำข้อมูลนี้ไปวางแผนในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อแบ่งเบาภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงจัดทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้แก่ผู้ดูแล

Yazici et al. (2016) ได้ศึกษาภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 88 คน ที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน

แห่งหนึ่ง โดยผลการศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา อาชีพ รวมทั้งโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .05$  ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการดูแล

Kulaksizoglu (2019) ได้ศึกษาภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจ ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจและ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สมัครใจจำนวน 30 ราย โดยจากการศึกษาพบว่า ระดับภาวะการดูแลและความผาสุกทางใจ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 นอกจากนี้ในผู้ดูแลผู้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 จากผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความจำเป็นอย่างมากในการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงแนวโน้มของปัญหาที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อันได้แก่ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยมีระเบียบวิธีการวิจัย นำเสนอในบทที่ 3

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**3.1.1 ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามหลักเกณฑ์การให้รหัสจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ซึ่งผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ย้อนหลัง 3 ปีทั้งรายใหม่และรายเก่า ในปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 27,112, 27,242 และ 24,771 ราย เฉลี่ยจำนวน 26,375 รายต่อปี และเฉลี่ยจำนวน 2,197 รายต่อเดือน

**3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นบุคคลในครอบครัว โดยผู้ป่วย 1 คนต่อผู้ดูแลหลัก 1 คน ซึ่งดูแลผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปี ขึ้นไป และผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว หรือที่เรียกว่า ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จากการใช้สูตร Krejcie and Morgan (Krejcie & Morgan, 1970)

$$n = \frac{X^2 Np (1 - p)}{e^2 (N-1) + X^2 p (1-p)}$$

$$n = \frac{3.841 \times 2,197 \times 0.5 (1-0.5)}{0.5^2 (2,197-1) + 3.841 \times 0.5 (1-0.5)}$$

$$= 327.07$$

การสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น ( Probability sampling ) การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จำนวน 328 ราย โดยพิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

#### Inclusion Criteria

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (F20.0 - F20.9) ที่ไม่เคยมีประวัติหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) และไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเอง เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือ พี่ - น้อง เป็นต้น ซึ่งพาผู้ป่วยที่อาการสงบมาตรวจตามนัดปกติ ที่แผนกผู้ป่วยนอก
2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีจำนวนปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 2 ปี และดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
3. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูดและการได้ยิน
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### Exclusion criteria

1. ผู้ตอบแบบสอบถามที่ขอลอนตัวระหว่างการตอบแบบสอบถาม

### 3.1.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากผู้ป่วยจิตเภทที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ พร้อมกับผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งจากสถิติปี พ.ศ. 2564 พบว่า ในแต่ละวันมีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยวันละ 110 ราย
2. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมารับบริการในแต่ละวันโดยขออนุญาตใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนระบบการนัดหมาย ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีวันนัดมารับบริการในวันที่เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กันยายน - ธันวาคม 2565
3. ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่อ ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในวันที่เก็บข้อมูล ซึ่งหลังจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยก็เริ่มดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป

## 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 96 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต เป็นแบบสอบถาม The Mental Health Literacy Questionnaire - Young Adult (MHLQ) โดย ฌ็อง-ฌัก ลีแซงต์ ศิริวิชัย และคณะ (2563) ตามแนวคิดของ Jorm (1997; 2012) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 29 ข้อ แบบเลือก 5 ระดับ ประกอบด้วยด้านย่อย 4 ด้าน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้นและด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยคะแนนจากการทำแบบประเมินมีค่ามาก แสดงถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมากโดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยพิจารณาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	4.51-5.00	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงมาก
ค่าเฉลี่ย	3.51- 4.50	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง
ค่าเฉลี่ย	2.51-3.50	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.51-2.50	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ
ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมาก		

3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย จีราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1980) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลา ถึงไม่เป็นจริงเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, และ 4 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5

2) การสนับสนุนทางวัตถุ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

3) การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10 และ 11

4) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 18 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 19

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	<u>ข้อความทางลบ</u>	<u>ข้อความทางบวก</u>
ตลอดเวลา	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
บางครั้ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ไม่เป็นจริงเลย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันโดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	4.50-5.00	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.50-4.49	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.00-3.49	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.50-2.49	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00- 1.49	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

4 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF – THAI) โดย สุวัฒน์ มหัตถินรินทร์กุล และคณะ (2545) ที่พัฒนาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และแปลเป็นภาษาไทยจำนวน 26 ข้อคำถาม มีการให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบ กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ และกลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ



กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้	5 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	2 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	5 คะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้ คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด มีการแปลผล ดังนี้

คะแนน 26 – 60	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 – 95	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน 96 – 130	คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สามารถแยกออกเป็นองค์ประกอบด้านต่างๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

5. แบบประเมินภาระการดูแลของ Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช โดย อรวรรณ ศิลปกิจ และคณะ (2558) ตามแนวคิดภาระการดูแลของ Zarit (1987) จำนวน 12 ข้อ โดยการวัดแบบประเมินจำแนกเป็น 3 มิติคือ มิติด้านผลกระทบ มิติด้านความเครียด และมิติด้านความรู้สึกเอา

ใจใส่ โดยเป็นแบบประเมินค่าระหว่าง 0 - 4 คือ 0 = ไม่เคยเลย, 1 = นานๆ ครั้ง, 2 = บางครั้ง, 3 = ค่อนข้างบ่อย, 4 = แทบทุกครั้ง

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน มีดังนี้

0 – 10	คะแนน	หมายถึง มีภาระในการดูแลระดับน้อย
11 – 20	คะแนน	หมายถึง มีภาระในการดูแลระดับปานกลาง
21 – 30	คะแนน	หมายถึง มีภาระในการดูแลระดับมาก
31 – 48	คะแนน	หมายถึง มีภาระในการดูแลระดับมากที่สุด

### 3.2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF – THAI) และแบบประเมินภาระการดูแลของซาริท เป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) มาแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าว โดยไม่ได้ทำการดัดแปลง จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่น โดยการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) และจากการวิเคราะห์พบว่า ค่าความเชื่อมั่น (reliability) มีดังต่อไปนี้ คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เท่ากับ 0.87 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ 0.74 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF – THAI) เท่ากับ 0.81 และ แบบประเมินภาระการดูแลของซาริท ในผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.72 จึงนับว่าทุกเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งกำหนดไว้ที่ 0.7 ขึ้นไป (Kline, 2022)

### 3.3 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ใบรับรองเลขที่ 305-277/2565 ลงวันที่ 5 กันยายน 2565 วันหมดอายุ 4 กันยายน 2566 จากนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างเคร่งครัด ดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อแนะนำตัวเอง และชี้แจงให้ทราบถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ประโยชน์จากข้อมูลและผลของการวิจัย รวมไปถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะดำเนินการวิจัย จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และทำการนัดหมายอีกครั้งในนัดครั้งถัดไป

3.3.2 เมื่อถึงนัดครั้งถัดไป ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดและสอบถามความสมัครใจอีกครั้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับฟังการชี้แจงรายละเอียดจนครบถ้วนและเข้าใจ และทราบว่าตนเองมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อระบบบริการสุขภาพ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถาม

3.3.3 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้รหัสตั้งแต่ 1 - 328 แทนการเขียนชื่อ สกุล เพื่อไม่ให้สามารถเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลได้

3.3.4 ในระหว่างกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยไม่ดำเนินการใดๆ ที่ทำให้เกิดความตึงเครียด และไม่กดดันให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจ อีกทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่างในทุกประเด็น

3.3.5 กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบว่า ขณะตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

3.3.6 เมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยถือว่าข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ จะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

3.3.7 ข้อมูลที่รวบรวมได้ เมื่อบันทึก วิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้เป็นหลักฐาน 1 ปี ในตู้เก็บเอกสารโดยใส่กุญแจมิดชิด และเมื่อครบ 1 ปีแล้ว จะทำลายด้วยเครื่องย่อยกระดาษ

### 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือน ธันวาคม 2565 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

#### 3.4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พร้อมทั้งหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยการสำรวจ จำนวน และรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจากระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัย ทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัยในครั้งนี้ คือ การดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดในบริเวณที่จัดไว้ให้เป็นอย่างดี เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ร่วมกับช่วยดูแลเรื่องขีดการตรวจของผู้ป่วยในรายที่ยังไม่ได้พบแพทย์ เท่านั้น

#### 3.4.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากทะเบียนรายชื่อตามหมายเลขบัตรคิวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผู้ดูแลพามาใช้บริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่สนใจเข้าร่วมการวิจัย ก็ใช้วิธีการสุ่มจากรายชื่อที่เหลือต่อไป
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่สุ่มได้ และเชิญไปที่ห้องพักที่เป็นสัดส่วนในบริเวณตรงข้ามกับห้องตรวจในช่วงระหว่างรอจิตแพทย์ ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะคอยดูแลและประสานระหว่างห้องตรวจและผู้วิจัย โดยเรียกเมื่อถึงคิวตรวจ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมากับผู้ป่วย 2 คน ผู้วิจัยจะจัดสถานที่สำหรับรอตรวจให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ใกล้ ๆ กับสถานที่เก็บข้อมูล และอยู่ในความดูแลของผู้ช่วยวิจัย ซึ่งจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและประสานเรื่องคิวตรวจเท่านั้น จากนั้น

ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเข้าใจ จากนั้นนัดพบกลุ่มเป้าหมายในการมาตรวจครั้งถัดไปใน 2 สัปดาห์ โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถปรึกษากับบุคคลในครอบครัวก่อนตัดสินใจได้

3. เมื่อถึงวันนัดครั้งถัดไป ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัยทำการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลโดยใช้เวลา 45-60 นาที และในขณะที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยได้จัดสถานที่สำหรับรอตรวจให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ใกล้ ๆ กับสถานที่เก็บข้อมูล ซึ่งผู้ป่วยได้อยู่ในความดูแลของผู้ช่วยวิจัย ที่คอยดูแลไม่ให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและประสานเรื่องคิวการตรวจไปพร้อมกัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพียงผู้เดียว ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการมองเห็นผู้วิจัยได้ใช้วิธีการอ่านให้ฟัง และให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบ และอาจใช้ภาษาลิ้นเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันในบางราย เนื่องจากในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาที่มีการใช้ภาษาลิ้นที่หลากหลายในการสื่อสาร

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเก็บและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้การประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อการวิจัย ประกอบด้วย

3.4.1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

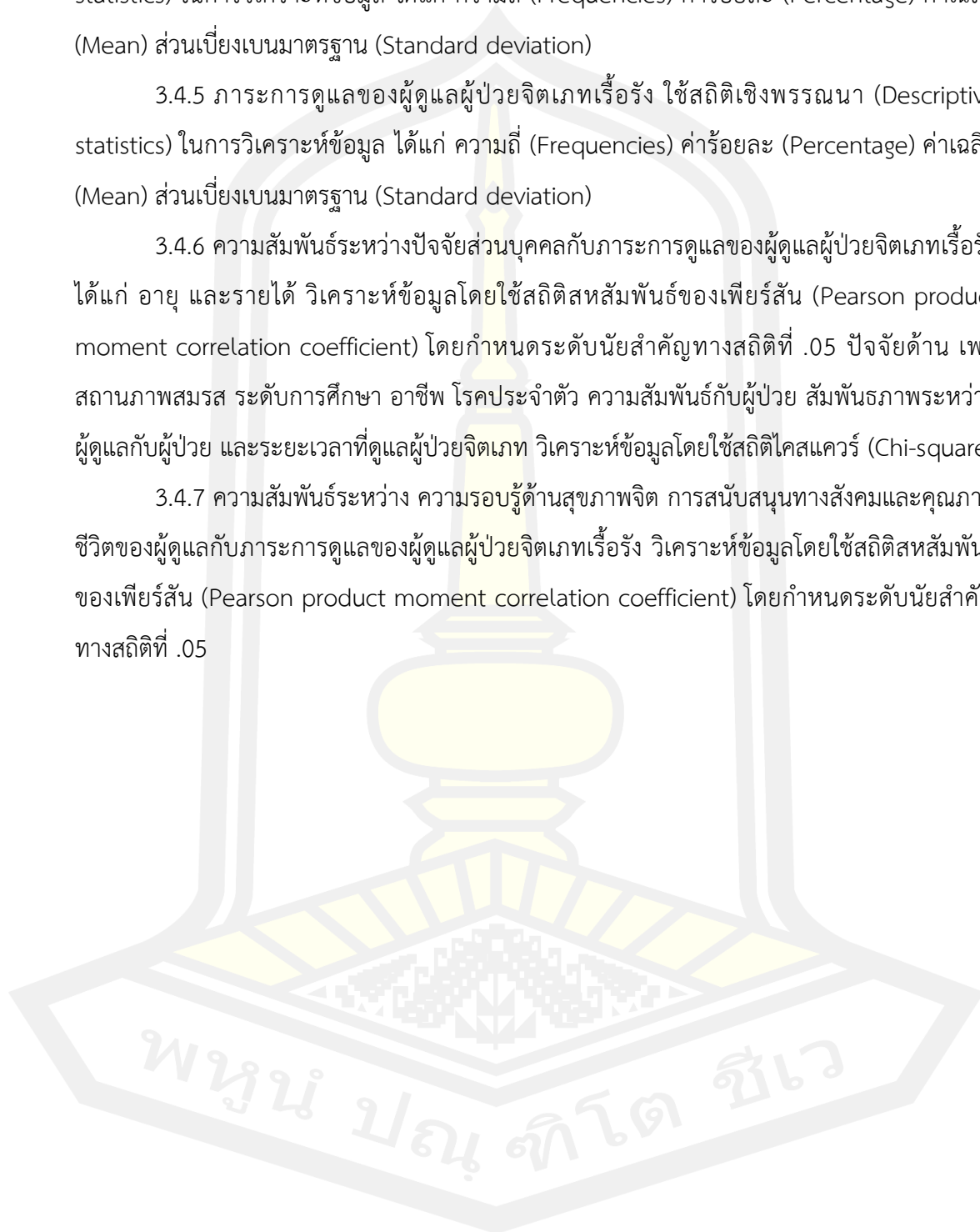
3.4.3 การสนับสนุนทางสังคม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.4.4 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.4.5 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ อายุ และรายได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

3.4.7 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational Research Design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังต่อไปนี้

#### 4.1 ข้อมูลทั่วไป

#### 4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

#### 4.3 การสนับสนุนทางสังคม

#### 4.4 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

#### 4.5 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

#### 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

#### 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

#### 4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.7 ปี (S.D. = 11.7) สถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 64.6 รองลงมาได้แก่ โสดและหม้ายคิดเป็นร้อยละ 15.2 และ 12.2 ตามลำดับ

ด้านระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 32.9 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 20.7, 20.1, 14.0 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษาเป็นจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4

ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 31.1 รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 26.2 ไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 21 และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 16.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพค้าขาย และอื่น ๆ อีกร้อยละ 5.2

ด้านรายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.3 รองลงมาคือ >5,000 – 10,000 , >10,000 – 20,000 , >20,000 – 30,000 และ > 30,000 คิดเป็นร้อยละ 22.3, 19.2, 16.5 และ 5.8 ตามลำดับ โดยพบว่ามีการใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 12,182 บาทต่อเดือน

ด้านโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิเสธการมีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 85.1 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 14.9 และเมื่อพิจารณาถึงโรคทางกายที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 34.1 รองลงมาคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงร้อยละ 27.27 และความดันโลหิตสูงอย่างเดียวร้อยละ 11.36 ตามลำดับ

ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 42.3 รองลงมาคือ บุตร, สามเณร/ภรรยา และพี่น้อง คือ ร้อยละ 30.9, 20.1 และ 6.7 ตามลำดับ นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีถึงร้อยละ 55.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลางและระดับดีมาก คือร้อยละ 27.1 และ 16.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามีสัมพันธ์ภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ในระดับที่ไม่ดี จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.6

ด้านระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นเวลา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.0 รองลงมาคือ มากกว่า 15 ปี, น้อยกว่า 5 ปี และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.9, 20.7 และ 20.4 ตามลำดับ

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=328)

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			
	ชาย	106	32.3
	หญิง	222	67.7
<b>อายุ</b>			
Mean = 50.7 S.D. = 11.7 Min. = 25 Max. = 74			



คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	50	15.2
คู่	212	64.6
หม้าย	40	12.2
หย่า	16	4.9
แยกกันอยู่	10	3.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	2.1
ประถมศึกษา	108	32.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	66	20.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.	46	14.0
ปวส., อนุปริญญา	33	10.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	68	20.7
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ทำงาน/งานบ้าน	69	21.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	54	16.5
เกษตรกร	86	26.2
รับจ้าง	102	31.1
ค้าขาย	15	4.6
อื่นๆ	2	0.6
<b>รายได้</b>		
1,001-5,000	110	33.6
5,001-10,000	83	25.3
10,001-20,000	92	28.0
20,001-30,000	43	13.1
Mean = 12,182 Min. = 3,000 Max. = 30,000		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	279	85.1
มี	49	14.9
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	17	34.69
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	14	28.57
ความดันโลหิตสูง	5	10.3
อื่นๆ	13	26.53
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
บิดา/มารดา	139	42.3
สามี/ภรรยา	66	20.1
บุตร	101	30.9
พี่น้อง	22	6.7
<b>สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย</b>		
ดีมาก	55	16.8
ดี	182	55.5
ปานกลาง	89	27.1
ไม่ดี	2	0.6
<b>ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย</b>		
≤ 5 ปี	68	20.7
6-10 ปี	118	36.0
11-15 ปี	67	20.4
มากกว่า 15 ปี	75	22.9

#### 4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 111.21 (S.D. = 7.64) โดยคะแนนสูงสุด เท่ากับ 131 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุด เท่ากับ 97 คะแนน มีค่าเฉลี่ยรวม เท่ากับ 3.83 (S.D. = .26) โดยเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในช่วง 3.69 – 3.93 (S.D. = 0.35 – 0.39) และเมื่อพิจารณาแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง 288 ราย รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง 37 ราย และพบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูงมาก 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.8, 11.3, 0.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (n = 328)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูงมาก (M= 4.51-5.00)	1	0.33
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง (M= 3.51- 4.50)	288	87.16
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง (M= 2.51-3.50)	37	12.51
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ (M= 1.51-2.50)	0	0
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมาก (M ≤ 1.50)	0	0
Mean = 111.21, S.D. = 7.64, Max. = 131, Min. = 97		

4.2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต (knowledge of mental health problem) พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.88 (S.D. = 0.32) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ “การเสพติดยาเสพติดอาจเป็นเหตุของความผิดปกติทางจิตใจ” โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.73 (S.D. = 0.54) รองลงมาได้แก่ “การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจเป็นเหตุของความผิดปกติทางจิตใจ” และ “ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจจะเห็นและได้ยินสิ่งที่ผู้อื่นไม่เห็นหรือไม่ได้ยิน” โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.37 (S.D. = 0.79) และ 4.02 (S.D. = 0.56) ตามลำดับ และพบว่าข้อคำถาม “ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตกักขังอาจตื่นตระหนกในสถานการณ์ที่พวกเขาหวาดกลัว” มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 3.48 (S.D. = 0.69)

**4.2.2 ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต (erroneous beliefs and stereotype)** พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.84 (S.D. = 0.36) โดยพบว่าข้อคำถาม “เฉพาะผู้ใหญ่เท่านั้นที่มีความผิดปกติทางจิตใจ” โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.11 (S.D. = 0.70) รองลงมาได้แก่ “คนที่มีความผิดปกติทางจิตใจ มาจากครอบครัวที่ร้ายได้น้อย” และ “ความผิดปกติทางจิตใจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล” มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.97 (S.D. = 0.79) และ 3.81 (S.D. = 0.74) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าข้อคำถาม “หากคนที่สนิทกับฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันคงไม่สามารถช่วยเขาได้เลย” และ “ภาวะซึมเศร้าไม่ใช่ความผิดปกติทางจิตใจแท้จริง” มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากัน คือ 3.75 (S.D. = 0.93 และ 0.89)

**4.2.3 ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น (first aid skill and help seeking behavior)** พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.35) โดยพบว่าข้อคำถาม “หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะแสวงหาความช่วยเหลือจากจิตแพทย์” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 4.31 (S.D. = 0.58) รองลงมาได้แก่ “หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะเสาะหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา” และ “หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะเสาะหาความช่วยเหลือจากเพื่อนๆ ของฉัน” โดยมีค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.67) และ 3.68 (S.D. = 0.72) ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “หากคนที่สนิทกับฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะสนับสนุนให้เขา/เธอหานักจิตวิทยา” ซึ่งพบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 (S.D. = 0.63)

**4.2.4 ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม (self-help strategies)** พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.93 (S.D. = 0.39) โดยพบว่าข้อคำถาม “การรับประทานอาหารที่สมดุลนำไปสู่สภาวะสุขภาพจิตที่ดี” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ที่ 4.01 (S.D. = 0.71) รองลงมาได้แก่ “การออกกำลังกายที่ดีนำไปสู่สภาวะสุขภาพจิตที่ดี” และ “การได้ทำอะไรที่เพลิดเพลินใจ นำไปสู่สภาวะสุขภาพจิตที่ดี” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 4.0 (S.D. = 0.68 และ 0.63)

จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 3.93 (S.D. = 0.39) รองลงมาได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.88 (S.D. = 0.32) ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.84 (S.D. = 0.36) และด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.69 (S.D. = 0.35) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นรายด้าน (n = 328)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	Mean	S.D.
ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	3.88	0.32
ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต	3.84	0.36
ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น	3.69	0.35
ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม	3.93	0.39
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม</b>	<b>3.83</b>	<b>0.26</b>

เมื่อพิจารณาคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายข้อทำให้พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.43 – 4.73 (S.D. = 0.54 – 0.93) โดย “การเสพติดยาเสพติดอาจเป็นเหตุของความผิดปกติทางจิตใจ” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่ 4.73 (S.D. = 0.54) และ “หากคนที่สนิทกับฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะสนับสนุนให้เขา/เธอหานักจิตวิทยา” มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 3.43 (S.D. = 0.63) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (n = 328)

ข้อความ	Mean	S.D.
1. การออกกำลังกายที่ดีนำไปสู่สภาวะสุขภาพจิตที่ดี	4.00	0.68
2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักรู้สึกเป็นทุกข์อย่างมาก	3.69	0.63
3. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมักมีความคิดหลงผิด	3.64	0.62
4. หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะเสาะหาความช่วยเหลือจากญาติ ๆ	3.52	0.62
5. หากคนที่สนิทกับฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะสนับสนุนให้เขา / เธอหานักจิตวิทยา	3.43	0.63
6. ความผิดปกติทางจิตใจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล	3.81	0.74
7. การนอนหลับที่ดี นำไปสู่การมีสภาวะสุขภาพจิตที่ดี	3.72	0.72

8. หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะเสาะหาความช่วยเหลือจากนักจิตวิทยา	3.77	0.67
9. ผู้ที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวลอาจตื่นตระหนกในสถานการณ์ที่พวกเขา / เขาหวาดกลัว	3.48	0.69
10. คนที่มีความผิดปกติทางจิตใจ มาจากครอบครัวที่รายน้อย	3.97	0.79
11. หากคนที่สนิทกับฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะรับฟังโดยไม่ตัดสินหรือวิพากษ์วิจารณ์	3.54	0.69
12. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจเป็นเหตุของความผิดปกติทางจิตใจ	4.37	0.79
13. ความผิดปกติทางจิตใจไม่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคล	3.76	0.62
14. ยิ่งความผิดปกติทางจิตใจได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเร็วเพียงใด ยิ่งเป็นผลดี	3.77	0.68
15. เฉพาะผู้ใหญ่เท่านั้นที่มีความผิดปกติทางจิตใจ	4.11	0.70
16. ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการทำหน้าที่ของสมองอาจส่งผลต่อจิตใจ	3.7	0.83
17. หากคนที่สนิทกับฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะสนับสนุนให้เธอ/เขาพบจิตแพทย์	3.64	0.76
18. หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะเสาะหาความช่วยเหลือจากเพื่อนๆ ของฉัน	3.68	0.72
19. การรับประทานอาหารที่สมดุลนำไปสู่สภาวะสุขภาพจิตที่ดี	4.01	0.71
20. หนึ่งในอาการของโรคซึมเศร้าคือการหมดความสนใจหรือขาดความรู้สึกยินดีกับเกือบทุกสิ่ง	3.68	0.84
21. หากคนที่สนิทกับฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันคงไม่สามารถช่วยเขาได้เลย	3.75	0.93
22. ระยะเวลาที่ปรากฏอาการเป็นหนึ่งในหลักเกณฑ์สำคัญสำหรับการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตใจ	3.7	0.64
23. ภาวะซึมเศร้าไม่ใช่ความผิดปกติทางจิตใจแท้จริง	3.75	0.89
24. การเสพติดยาเสพติดอาจเป็นเหตุของความผิดปกติทางจิตใจ	4.73	0.54
25. ความผิดปกติทางจิตใจส่งผลกระทบต่อความนึกคิดของบุคคล	3.79	0.84

26. การได้ทำอะไรที่เพลิดเพลินใจ นำไปสู่สภาวะสุขภาพจิตที่ดี	4.00	0.63
27. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจจะเห็นและได้ยินสิ่งที่ผู้อื่นไม่เห็นหรือไม่ได้ยิน	4.02	0.56
28. สถานการณ์ที่มีความตึงเครียดสูงอาจ เป็นเหตุของความผิดปกติทางจิตใจ	3.89	0.69
29. หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะแสวงหาความช่วยเหลือจากจิตแพทย์	4.31	0.58
<b>รวม</b>	<b>3.83</b>	<b>0.70</b>

#### 4.3 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 68.83 (S.D. = 5.86) โดยมีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 81 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 55 คะแนน ค่าเฉลี่ยรวม เท่ากับ 3.62 (S.D. = .30) โดยเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนในสังคมของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.57 - 4.11 (S.D. = 0.34 - 0.72 ) และเมื่อพิจารณาแบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมตามเกณฑ์ ทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง 210 ราย รองลงมาคือระดับปานกลาง 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.0 และ 36.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=328)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมาก	0	0
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	210	64.0
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	118	36.0
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	0	0
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด	0	0

Mean = 68.83, S.D. = 5.86, Max. = 81, Min. = 55

**4.3.1 การสนับสนุนทางอารมณ์** พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.62 (S.D. = 0.47) และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า “ท่านรู้สึกขาดกำลังใจจากบุคคลรอบข้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.98 (S.D. = 0.68) รองลงมาได้แก่ “ท่านรับรู้ว่ามีคนที่รักและ

เอาใจใส่ท่าน” และ “ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ซึ่งพบว่า มีค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D. = 0.69) และ 3.66 (S.D. = 0.7) ตามลำดับ

**4.3.2 การสนับสนุนทางวัตถุ** พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 2.57 (S.D. = 0.72) และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า “ท่านรู้สึกว่ามีคนอื่นช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 3.19 (S.D. = 0.96) รองลงมา ได้แก่ “ท่านได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆจากผู้อื่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” และ “ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน” พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 (S.D. = 1.18) และ 2.19 (S.D. = 0.95) ตามลำดับ

**4.3.3 การสนับสนุนการยอมรับและการเห็นคุณค่า** พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 4.11 (S.D. = 0.38) และเมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านได้รับการยอมรับในสังคมลดลง” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 4.43 (S.D. = 0.7) รองลงมา ได้แก่ “ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่นเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” และ “ท่านรับรู้ว่าคุณเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 (S.D. = 0.8) และ 4.08 (S.D. = 0.59) ตามลำดับ

**4.3.4 การสนับสนุนด้านการให้ข่าวสาร** พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.95 (S.D. = 0.34) และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า “ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการติดต่อในเรื่องต่างๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์” มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 4.27 (S.D. = 0.6) รองลงมา ได้แก่ “ท่านได้รับการนัดหมายจากบุคลากรทางการแพทย์ให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามกำหนด” และ “ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น” พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (S.D. = 0.56) และ 3.94 (S.D. = 0.58) ตามลำดับ

จะเห็นว่า เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมในรายด้าน พบว่า การสนับสนุนการยอมรับและการเห็นคุณค่า มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.11 (S.D. = 0.38) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนด้านการให้ข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 (S.D. = 0.34) การสนับสนุนทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S.D. = 0.47) และ การสนับสนุนทางวัตถุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 (S.D. = 0.72) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกการสนับสนุนทางสังคม เป็นรายด้าน (n = 328)

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	S.D.
การสนับสนุนทางอารมณ์	3.62	0.47
การสนับสนุนทางวัตถุ	2.57	0.72
การสนับสนุนการยอมรับและการเห็นคุณค่า	4.11	0.38
การสนับสนุนด้านการให้ข่าวสาร	3.95	0.34
<b>การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม</b>	<b>3.62</b>	<b>0.30</b>

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านได้รับการยอมรับในสังคมลดลง” โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.43 (S.D. = 0.70) รองลงมาได้แก่ “ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการติดต่อในเรื่องต่างๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์” และ “ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่นเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.27 (S.D. = 0.61) และ 4.24 (S.D. = 0.80) ในทางกลับกัน ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ “ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (S.D. = 1.20) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม (n = 328)

ข้อความ	Mean	S.D.
<b>การสนับสนุนทางอารมณ์</b>		
1. มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท	3.23	0.96
2. มีคนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ	3.44	0.77
3. ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.66	0.70
4. ท่านรับรู้ว่ามีคนที่รักและเอาใจใส่ท่าน	3.82	0.70
5. ท่านรู้สึกขาดกำลังใจจากบุคคลรอบข้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.98	0.69
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมการสนับสนุนทางอารมณ์</b>	<b>3.62</b>	<b>0.47</b>

<b>การสนับสนุนทางวัตถุ</b>		
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท	2.01	1.20
7. ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน	2.19	0.96
8. ท่านรู้สึกว่ามีคนอื่นช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.19	0.96
9. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆจากผู้อื่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2.93	1.18
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมการสนับสนุนทางวัตถุ</b>		
	2.57	0.72
<b>การสนับสนุนการยอมรับและการเห็นคุณค่า</b>		
10. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่นเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	4.24	0.80
11. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านได้รับการยอมรับในสังคมลดลง	4.43	0.70
12. ท่านรับรู้ว่าเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	4.08	0.60
13. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากยิ่งขึ้นเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.97	0.70
14. ท่านได้รับการยกย่องจากคนรอบข้างจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.89	0.74
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมการสนับสนุนการยอมรับและการเห็นคุณค่า</b>		
	4.11	0.38
15. ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น	3.94	0.58
16. เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยท่านมีคนให้คำแนะนำและช่วยแก้ไขปัญหาได้	3.73	0.67
17. ท่านได้รับการนัดหมายจากบุคลากรทางการแพทย์ให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามกำหนด	4.05	0.57
18. ท่านได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์	3.81	0.58
19. ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการติดต่อในเรื่องต่างๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์	4.27	0.61
<b>คะแนนเฉลี่ยรวมการสนับสนุนด้านการให้ข่าวสาร</b>		
	3.95	0.34
<b>รวม</b>		
	3.62	0.30

#### 4.4 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จากการศึกษาวิจัย พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 103.36 (S.D. = 5.63) คะแนนสูงสุด เท่ากับ 117 และคะแนนต่ำสุด 90 คะแนน เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีคะแนน

เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 11.52 – 30.93 (S.D. = 1.24 – 2.34) และเมื่อพิจารณาตามระดับของคุณภาพชีวิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี 294 ราย รองลงมาคือระดับปานกลาง 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.7 และ 10.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n = 328)

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับดี (96 – 130)	294	89.7
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (61 – 95)	34	10.3
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60)	0	0
Mean = 103.36, S.D. = 5.63, Max. = 117, Min. = 90		

**4.4.1 คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย** พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 28.11 (S.D. = 2.28) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.82 – 4.16 (S.D. = 0.50 – 0.91) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า “ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.16 (S.D. = 0.61) รองลงมาได้แก่ “ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่” และ “ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน” โดยมีค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D. = 0.77) และ 4.09 (S.D. = 0.60) ตามลำดับ

**4.4.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ** พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 24.58 (S.D. = 1.58) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.87 – 4.22 (S.D. = 0.41 – 0.72) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า “ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.22 (S.D. = 0.56) รองลงมาได้แก่ “ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน” และ “ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (S.D. = 0.41) และ 4.15 (S.D. = 0.53) ตามลำดับ

**4.4.3. คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม** พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 11.52 (S.D. = 1.24) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.48 – 4.03 (S.D. = 0.59 – 0.71) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า “ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน” และ “ท่านพอใจกับการ

ช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น” มีค่าเฉลี่ยที่เท่ากัน คือ 4.03 (S.D. = 0.59) และ 4.01 (S.D. = 0.68) รองลงมาคือ “ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่นั้น” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 (S.D. = 0.71)

**4.4.4. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม** พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 30.93 (S.D. = 2.34) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.16 – 4.13 (S.D. = 0.56 – 0.81) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า “ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่านมากน้อยเพียงใด” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.13 (S.D. = 0.62) รองลงมาได้แก่ “ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน” และ “ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 (S.D. = 0.56) และ 4.07 (S.D. = 0.59) ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่า เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 30.93 (S.D. = 2.34) รองลงมาได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.11 (S.D. = 2.28) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.58 (S.D. = 1.58) และคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.52 (S.D. = 1.24) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน (n = 328)

คุณภาพชีวิต	Mean	S.D.
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	28.11	2.28
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	24.58	1.58
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	11.52	1.24
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	30.93	2.34
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>103.36</b>	<b>5.63</b>

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 3.16 – 4.22 (S.D. = 0.41 – 0.91) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในด้านสิ่งแวดล้อม คือ “การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 (S.D. = 0.81) และด้านที่มี

คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านจิตใจ ได้แก่ “ความรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 (S.D. = 0.56) ดังแสดงในตารางที่ 10

**ตารางที่ 10** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 328)

ข้อความ	Mean	S.D.
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	4.09	0.48
2. การเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด	3.91	0.91
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม	3.92	0.60
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	3.82	0.68
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากน้อยเพียงใด	3.87	0.62
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	4.15	0.53
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	4.22	0.56
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	4.13	0.58
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	4.05	0.72
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	4.09	0.60
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่	4.14	0.77
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด	4.08	0.50
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	4.03	0.59
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น	4.01	0.68
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	4.09	0.56
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	4.07	0.59
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.75	0.65
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.95	0.60
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.78	0.64

ข้อความ	Mean	S.D.
20.ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.16	0.81
21.สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	4.00	0.59
22.ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่านมากน้อยเพียงใด	4.13	0.62
23.ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	4.17	0.41
24.ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	4.16	0.61
25.ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน	3.48	0.71
26.ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	4.13	0.54
<b>รวม</b>	<b>3.97</b>	<b>0.21</b>

#### 4.5 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์ภาวะการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนในภาพรวม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.33 (S.D. = 3.14) โดยคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน และคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 22 คะแนน เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะในการดูแลระดับปานกลาง จำนวน 292 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.1 รองลงมาได้แก่ มีภาวะในการดูแลระดับน้อย และระดับมาก จำนวน 19 ราย และ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.7 และ 5.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะในการดูแล (n = 328)

ระดับภาวะในการดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะในการดูแลระดับน้อย (0 – 10)	19	5.7
ภาวะในการดูแลระดับปานกลาง (11 – 20)	292	89.1
ภาวะในการดูแลระดับมาก (21 – 30)	17	5.2
ภาวะในการดูแลระดับมากที่สุด (31 – 48)	0	0
Mean = 15.33, S.D. = 3.14, Max.= 22, Min.= 7		

นอกจากนี้ในรายชื่อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวม เท่ากับ 1.28 (S.D. = 0.25) และมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.73 – 1.74 (S.D. = 0.33 – 0.81) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณครอบครัวและงานหรือไม่” มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.74 (S.D. = 0.74) รองลงมาได้แก่ “คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่” และ “คุณรู้สึกว่า ไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลยเพราะต้องใช้เวลาคูแลญาติของคุณหรือไม่” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.45 (S.D. = 0.66) และ 1.34 (S.D. = 0.81) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า “คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่” มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.73 (S.D. = 0.59) ดังแสดงในตารางที่ 12

**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 328)

ข้อความ	Mean	S.D.
1.คุณรู้สึกว่า ไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลยเพราะต้องใช้เวลาคูแลญาติของคุณหรือไม่	1.34	0.81
2.คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณครอบครัวและงานหรือไม่	1.74	0.74
3.คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่	1.70	0.73
4.คุณรู้สึกว่าญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปในทางลบหรือไม่	1.32	0.59
5. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่	1.45	0.66
6.คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่	1.2	0.51
7. คุณรู้สึกว่า คุณไม่มีความเป็นส่วนตัวอย่างที่คุณอยากได้เพราะญาติของคุณหรือไม่	1.23	0.48
8. คุณรู้สึกว่า การดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา	1.08	0.33
9. คุณรู้สึกว่า คุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่	1.31	0.49
10.คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่	1.17	0.47
11.คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่	1.08	0.42
12. คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่	0.73	0.59
<b>รวม</b>	<b>1.28</b>	<b>0.25</b>

#### 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ระดับการศึกษา ( $\chi^2 = - .278$ ), รายได้ ( $r = -.121$ ), สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ( $\chi^2 = .324$ ) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ( $\chi^2 = - .191$ ) ซึ่งเมื่อพิจารณาการแปลผลขนาดของความสัมพันธ์เปียร์นและโกลฟ (Gray & Grove, 2020) ที่นิยมใช้ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน, 0.10-0.29 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 0.30-0.50 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง, 0.51-0.99 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง และ 1 มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ ปัจจัยที่กล่าวมาส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n = 328)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		ระดับความสัมพันธ์
	r	$\chi^2$	
เพศ		0.121	ไม่สัมพันธ์กัน
อายุ	- .030		ไม่สัมพันธ์กัน
สถานภาพสมรส		0.142	ไม่สัมพันธ์กัน
ระดับการศึกษา		- 0.278 **	ต่ำ
อาชีพ		0.272	ไม่สัมพันธ์กัน
รายได้	- .121*		ต่ำ
โรคประจำตัว		0.474	ไม่สัมพันธ์กัน
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		0.543	ไม่สัมพันธ์กัน
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย		0.324*	ปานกลาง
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		0.191*	ต่ำ

หมายเหตุ \* นัยสำคัญที่ระดับ .05, \*\* นัยสำคัญที่ระดับ .01



#### 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จากการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยโดยใช้สถิติ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ แต่เนื่องจากทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) เมื่อขนาดตัวอย่างมีขนาดใหญ่หรือมากกว่า 100 ( $n > 100$ ) กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยของตัวแปรจะมีการแจกแจงแบบปกติ เพราะว่าขนาดตัวอย่างยิ่งมากมีผลต่อลักษณะการกระจายของข้อมูลให้มีการแจกแจงแบบปกติ (Altman & Bland, 1995; Ghasemi & Zahediasl, 2012; Mishra et al., 2019) ดังนั้นการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ มีชุดข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 328 ชุดข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติแบบ Parametric statistic วิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาคือ ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

ความรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในระดับสูง กล่าวคือ เมื่อความรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = - 0.540$ )

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในระดับปานกลาง กล่าวคือ เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = - 0.485$ )

คุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในระดับสูง กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = - 0.539$ )

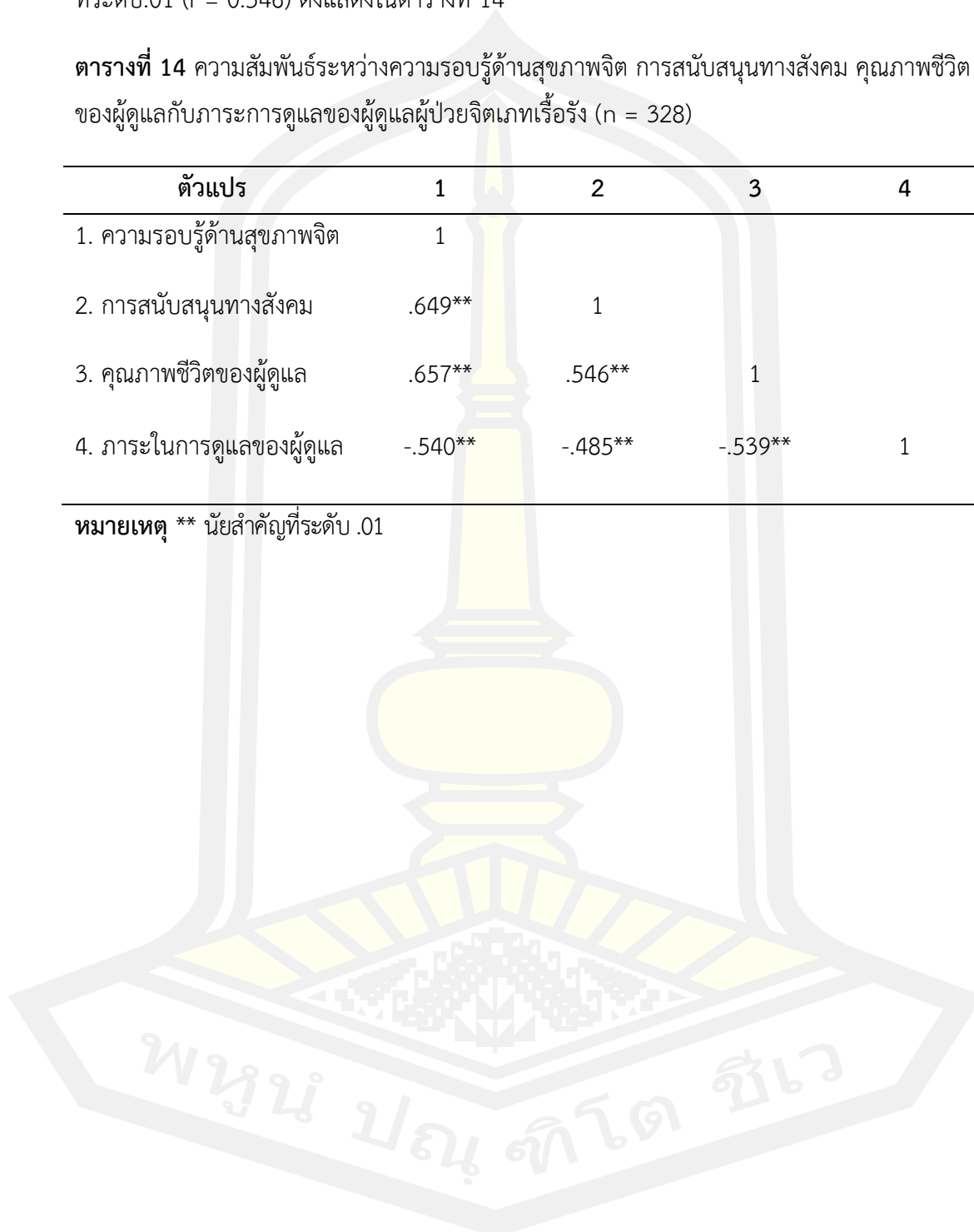
ความรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ในระดับสูง กล่าวคือ เมื่อความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น จะทำให้การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = 0.649$  และ  $0.657$  ตามลำดับ) สำหรับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในระดับสูง กล่าวคือ เมื่อได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.01 ( $r = 0.546$ ) ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n = 328)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	1			
2. การสนับสนุนทางสังคม	.649**	1		
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	.657**	.546**	1	
4. ภาระในการดูแลของผู้ดูแล	-.540**	-.485**	-.539**	1

หมายเหตุ \*\* นัยสำคัญที่ระดับ .01



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 328 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.7) มีอายุเฉลี่ย 50.7 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.6) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 32.9) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31.1) มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท (ร้อยละ 36.3) และรายได้เฉลี่ย 12,182 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (ร้อยละ 85.1) เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 42.3) ซึ่งส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในระดับดี (ร้อยละ 55.5) และดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 6-10 ปี (ร้อยละ 36.0)

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เฉลี่ยเท่ากับ 111.21 (S.D. = 7.64) มีค่าเฉลี่ยรวม เท่ากับ 3.83 (S.D. = .26) เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยรายด้านที่ใกล้เคียงกันคืออยู่ระหว่าง 3.63 – 3.93 (S.D. = 0.35 - 0.39) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ในช่วง 3.43 – 4.73 (S.D. = 0.54 - 0.93) โดยเมื่อจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง ร้อยละ 87.16

ด้านการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 68.83 (S.D. = 5.86) มีค่าเฉลี่ยรวม เท่ากับ 3.62 (S.D. = .30) โดยเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.57 – 4.11 (S.D. = 0.34 - 0.72) และเมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า การสนับสนุนการยอมรับและการเห็นคุณค่า (การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านได้รับการยอมรับในสังคมลดลง) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 4.43 (S.D. = 0.70) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การสนับสนุนทางวัตถุ (ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท)

โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (S.D. = 1.20) โดยเมื่อจำแนกระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64

ด้านคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 103.36 (S.D.=5.63) เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ในรายด้านพบว่า แต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันโดยอยู่ระหว่าง 11.52 – 30.93 (S.D. = 1.24-2.34) และในรายข้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.16 – 4.22 (S.D. = 0.41 – 0.91) โดยพบว่าด้านจิตใจ (ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน) มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.22 (S.D. = 0.56) ในขณะที่ด้านสิ่งแวดล้อม (ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 3.16 (S.D. = 0.81) โดยเมื่อจำแนกระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 89.7

ด้านภาระการดูแลของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาระการดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 15.33 (S.D. = 3.14) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7-22 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.73 – 1.74 (S.D. = 0.33 – 0.81) โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณครบถ้วนและงานหรือไม่” มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.74 (S.D. = 0.74) ในขณะที่ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด “คุณรู้สึกว่าสมควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่” มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.73 (S.D. = 0.59) โดยเมื่อจำแนกตามระดับภาระในการดูแล พบว่า ส่วนใหญ่มีภาระการดูแลในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.1

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับภาระการดูแลของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -0.540$ ,  $r = -0.485$  และ  $r = -0.539$  ตามลำดับ) นอกจากนี้ยัง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = 0.649$  และ  $0.657$  ตามลำดับ) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = 0.546$ )

## 5.2 อภิปรายผล

### 5.2.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 สอดคล้องกับ การศึกษาของ มานิตา ศิริพัฒน์ และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2561), จรัสพร หอมจันทร์ดี และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2562), และ วาสนา นามเหลา และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมของไทยที่ เพศหญิงนั้นดูเป็นเพศที่อ่อนโยน การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยและสมาชิกในครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งที่สังคมนั้นคาดหวังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแล (จรัสพร หอมจันทร์ดี และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2562) การศึกษารุ่นนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 50.7 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยในวัยดังกล่าว อาจทำให้ผู้ดูแลมีวุฒิภาวะที่มากกว่าผู้ดูแลที่อายุน้อย ประกอบกับประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาทำให้สามารถรับมือกับปัญหาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภรดา วงศ์จำปา, ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ และ สมบัติ สุกุลพรรณ (2565), อัครวัฒน์ เพ็ญวงษ์ (2561), และ Liu et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไปจนถึง วัยสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.6 ทำให้ผู้ดูแลมีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และไม่รู้สึกว่าตนเองนั้นโดดเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติยาภรณ์ พิมวรรณ และ นิสิตา นาทประยุทธ์ (2564), Azar et al. (2019), และ Citrome et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคนที่คอยรับฟังและปรึกษา เวลาที่เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ คงนรินทร์ และคณะ (2561), วาสนา นามเหลา และคณะ (2561), และ Clari et al. (2022) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ นั้นมีการศึกษาอยู่ในระดับต้นหรือระดับพื้นฐาน ซึ่งส่งผลไปยังอาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนมาก ประกอบอาชีพรับจ้างมากกว่าร้อยละ 31.1 สอดคล้องกับ สมกมล อรรถทิมากุล และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2558) และ พิชญ์ วชิราภกร (2564) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ นั้น ประกอบอาชีพรับจ้าง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้เวลาในการดูแล อาจทำให้ผู้ที่มีงานประจำหรือข้าราชการ ไม่สะดวกที่จะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย โดยในที่นี้ผู้ดูแลร้อยละ 36.3 มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท และรายได้เฉลี่ย 12,182 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับ สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์ (2559), ไชยงค์ ลุนพิลา (2564), และ เสาวนีย์ คงนรินทร์ และคณะ (2561), วาสนา นามเหลา และคณะ (2561), ไชยุดม ไชยศิวมงคล (2565), และ Yazici et al. (2016)

ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย อาจทำให้มีการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน หรือความสะดวกสบายต่าง ๆ ทั้งในเรื่องส่วนตัว และการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 85.1 ไม่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์หรือที่ต่อมทอนซิลเป็นประจำ สอดคล้องกับ ฐิตียาภรณ์ พิมวรรณ และ นิสิตา นาทประยูทธ์ (2564) และ อัครวัฒน์ เพ็ญพวงภควัต (2561) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนมากเป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งในสังคมไทยยังอาศัยอยู่กันแบบครอบครัวใหญ่ ทำให้ผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ดูแลหลัก หน้าที่ในการดูแลจึงตกเป็นของบุคคลในครอบครัวที่สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ในที่นี้ส่วนมากมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 42.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ และคณะ (2559), ศุภรดา วงศ์จำปา, ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และ สมบัติ สกุลพรรณ (2565), Klungka, Piyabanditkul and Jaitieng (2022), และ Liu et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา กับผู้ป่วย อาจเกิดจากในสังคมไทย บิดา มารดา ย่อมมีความรักและความห่วงใยในบุตรของตน อีกทั้งบทบาทในความเป็นบิดา มารดา ย่อมต้องดูแลบุตรของตนในยามที่เจ็บป่วย แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้ ผู้ดูแลจะทราบดีว่าผู้ป่วยไม่มีวันที่จะหายขาดก็ตาม จึงส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วย ให้มีสัมพันธภาพที่ดีมากถึงร้อยละ 56.4 สอดคล้องกับ อมรา ชูพลสัจย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ชนิดดา แนนเกษร (2561), อัครวัฒน์ เพ็ญพวงภควัต (2561), และ Poonnotok, Kaewmart, Asarath, and Pratoomsri (2019) โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ในการดูแลผู้ป่วย โดย Abbaslou, Farsham, Bidaki and Bozorg (2023) พบว่ามีผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่าการใช้ชีวิตในสังคมไทย ยังคงมีการอาศัยกันเป็นครอบครัว ระหว่างเครือญาติทำให้มีความรัก ความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย ส่งผลให้มีการดูแลช่วยเหลือกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นมารดา จะมีพันธะหน้าที่ในการที่จะต้องดูแลบุตรของตนอยู่เสมอ ๆ (Poonnotok, 2015) เช่นเดียวกัน สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวนี้เองที่จะส่งผลต่อกระบวนการดูแลและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Keith, 1995; จารุวรรณ ธนะสุข, ชมชื่น สมประเสริฐ และ จุลจรรยาพร สินศิริ, 2561; Wongsawang, 2019)

## 5.2.2 อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย

### สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ได้แก่ ระดับการศึกษา ( $\chi^2 = -.278$ ), รายได้ ( $r = -.121$ ), สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ( $\chi^2 = .324$ ) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ( $\chi^2 = -.191$ ) โดยระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yildirim (2017), Rahmani et al. (2022), และ Siddiqui and Khalid (2019) โดยการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้มากขึ้น เกิดการรับรู้ได้ดีขึ้น มีความสามารถในการที่จะแสวงหาข้อมูลและแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อเป็นการลดภาระของตนเอง แม้กระทั่งรู้จักการให้กำลังใจตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือการดำเนินชีวิต ซึ่งส่งผลต่อการประกอบอาชีพและรายได้ของผู้ดูแลตามมา ทำให้พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ เช่นการศึกษาของ สิริรัตนันท์ แสงศิริรักษ์ (2559), วาสนา นามเหลา และคณะ (2561), Souza et al. (2017), และ Clari et al. (2022) จึงอาจกล่าวได้ว่าหากผู้ดูแลที่หารายได้คนเดียว อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ที่มีรายได้จากทางอื่นมาเสริม นอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์, ปริมล หงส์ศรี และ ปิ่นนเรศ กาศอุดม (2563), วาสนา นามเหลา และคณะ (2561), และ ฐิติยาภรณ์ พิมวรรณ และ นิสิตา นาทประยูทธ์ (2564) ดังนั้นจะเห็นว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จะทำให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังอาจกล่าวได้ว่าหากมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้มีความรักและเอาใจใส่ต่อกันแต่ในทางตรงกันข้าม หากมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีหรือมีการขัดแย้งกันเกิดขึ้นย่อมส่งผลให้เกิดภาระการดูแลในระดับที่สูงขึ้นได้สุดท้ายยังพบว่าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับ เสาวนีย์ คงนิรันดร และคณะ (2561), Souza et al. (2017), และ Yazici et al. (2016) จึงอาจกล่าวได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลนั้นเมื่อดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการปรับตัว มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ และทำให้รับรู้ถึงความเป็นภาระในการดูแลลดลง ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เป็นบิดา มารดา หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนั้นย่อมมีความรักใคร่ผูกพัน มีความห่วงใย ให้แก่กันอย่างจริงใจ จึงอาจส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระนั้นลดลงด้วย

### สมมติฐานข้อที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.540, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษา Alireza et al. (2021) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ในประเทศอิหร่าน ที่พบว่าหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดี จะสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองและให้การช่วยเหลือคนอื่นได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Poreddi et al. (2015) ที่พบว่าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตดี จะส่งผลต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้รับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระได้น้อย เช่นเดียวกับ Chen et al. (2017) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีผลต่อผู้ดูแลด้านทัศนคติในการดูแลด้วย ส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลลดลง ในขณะที่ Andrade, Tavares, Soares, Coelho and Catarina (2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้และการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในความดูแล ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลงตามไปด้วย จึงกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนั้น มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและการดูแลตนเองของผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดี ย่อมส่งผลต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย รับรู้และเข้าใจถึงโรคและอาการของผู้ป่วย ทำให้สามารถที่จะรับมือและจัดการกับผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วยได้ในสถานการณ์ต่างๆ อันเป็นผลทำให้มีการรับรู้ถึงภาระการดูแลได้ลดลงด้วยเช่นกัน

### สมมติฐานข้อที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.485, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Meng et al. (2021) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดีนั้น ส่งผลทำให้การรับรู้ถึงภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง เช่นเดียวกับ Kulaksizoglu (2019) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีผลทางลบกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในบางด้านหรือทุก ๆ ด้านนั้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับของภาระการดูแลที่ลดลง นอกจากนี้ จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2562) ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีภาระการดูแลที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับ Ribé et al. (2018) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้น ส่งผลให้



ผู้ดูแลมีภาระการดูแลลดลงและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง คือ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ดี จะส่งผลให้ระดับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกนั้นลดลง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ไม่ถูกทอดทิ้ง รู้ว่ายังมีคนคอยช่วยเหลือตนเองในด้านต่าง ๆ ทำให้มีความรู้สึกเป็นภาระลดลง

#### สมมติฐานข้อที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.539, p < .01$ ) โดยการศึกษาส่วนมากพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นลดลง (Jacqueline, Andrew & Saeeda, 2022; Opoku-Boateng et al., 2017; อัมรา บุญสาหร่าย, 2562) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน รวมถึงการมีอาการที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Upasen and Saengpanya (2022) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นทำให้ผู้ดูแลมีความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกนั้น มักมีความพร้อมในด้านของการดูแลตนเอง รวมทั้งอาการที่ไม่คงที่สามารถกำเริบขึ้นได้ สอดคล้องกับ Meng et al. (2021) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง หรือเกิดความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับ อัมรา บุญสาหร่าย (2562) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้นลดลงหลังการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลยังต้องรับมือกับอาการของผู้ป่วยที่อาจยังหลงเหลืออยู่ ไม่ว่าจะเป็นความคิดหลงผิด หรือแม้แต่อาการหูแว่วที่พบได้บ่อย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Bösch et al. (2022) ที่พบว่าภาระการดูแลนั้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จึงอาจกล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีระดับที่แย่งซึ่งย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเกิดเป็นความรู้สึกถึงภาระที่ตนเองได้รับเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่ส่งผลกระทบหรือส่งผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิต ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตดี ย่อมทำให้ระดับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกมีระดับที่ต่ำลงด้วย

ด้วยเหตุผลที่กล่าวข้างต้น การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จึงชี้ให้เห็นว่า หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูง ตลอดจนผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิต

ที่ดี จะส่งผลให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงด้วย จึงสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปเป็นพื้นฐานในการวางแผนสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ต่อไป

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต เพื่อช่วยลดความรู้สึกรับผิดชอบของผู้ดูแล

2. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในกระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การซักประวัติ เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ไปสู่การระบุปัญหา การวางแผนในการแก้ปัญหาโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ไปจนถึงการลงมือปฏิบัติและติดตามผลอย่างต่อเนื่องจนลงไปสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถดูแลผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตในชุมชนได้

#### ด้านการวิจัย

1. ควรนำความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลรวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มาศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนวยภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เช่น ความเครียด สมรรถนะแห่งตน ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นต้น

3. ควรศึกษาแบบผสมผสาน โดยเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะได้เข้าใจมุมมอง และความรู้สึกของผู้ดูแลอย่างลึกซึ้งมากขึ้น

บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2560). 'กรมสุขภาพจิต' รุกเข้าหาชุมชนวางรากฐานสุขภาพจิตดีทุกกลุ่มวัย สู่การยกระดับเป็น 'Smart Citizen'. มติชน. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2565 จาก [https://th.rajanukul.go.th/\\_admin/file-download/4-6163-1500624345.pdf](https://th.rajanukul.go.th/_admin/file-download/4-6163-1500624345.pdf)
- กรมสุขภาพจิต. (2564). รายงานผู้ช่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2564. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2565 จาก <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัท วิศทอ เรียอิมเมจ จำกัด.
- กรรณิกา รักยิ่งเจริญ. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 25(1), 90-97.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580). สืบค้นจาก <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/450>
- กาญจนา ช่มอาวุธ. (2560). ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- กิติกร พรมา. (2563). ผลของโปรแกรมสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคจิตเภท. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- จรัสพร หอมจันทร์ดี และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ, 11(2), 433-443.
- จารุวรรณ ณะสุข, ชมชื่น สมประเสริฐ และ จุลจรรยา สิ้นศิริ. (2561). ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 98-107.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์, ปริมล หงส์ศรี และ ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะการดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 26(2), 24-39.

- ชานันท์ แสงปาก, ภัทราภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และ วรณช กิตสัมบันท์. (2560). ผลของการบำบัดเพื่อการ  
รับประทานยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน.  
*พยาบาลสาร*, 44(137-148).
- ไชยยงค์ ลุนพิลา. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมือง  
จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(2), 33-43.
- ไชยุดม ไชยศิรามงคล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอ  
ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(4), 102-113.
- จิตติยาภรณ์ พิมวรณ์ และ นิสิตา นาทประยูทธ์. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรับภาระของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(2), 203-216.
- ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย และ มัจฉรีย์ คูวิวัฒน์ชัย. (2564). นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้  
สุขภาพจิต. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 29(2), 37-65.
- ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และ พิมพชนก เครือสุคนธ์. (2563). ความสัมพันธ์  
ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจและความเหงาในนักศึกษา  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *มนุษยศาสตร์สาร*, 22(1), 143-161.
- ณัฐสุภา พรสมบุญ และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ  
แห่งตนต่อความรู้สึกตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2),  
444-452.
- ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, กฤตนิย แก้วยศ, ดุขฎี อุดมอิทธิพงศ์ และ เกษรมาศ อยู่ถิ่น. (2559). ปัจจัย  
ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ  
เจ้าพระยา*, 10(2), 23-35.
- ธนัญญา สองเมือง และ อนัญญา สองเมือง. (2565). ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วย  
จิตเภทหลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน.  
*วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 70-79.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และ อภิญญา วงศ์พิริยโยธา. (2558). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็น  
คุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของคนพิการในเขตเมือง. *วารสาร  
พยาบาลทหารบก*, 16(3), 14-22.
- นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย  
จิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 32(2), 43-54.
- นันทวิช ลิทธิรักษ์. (2558). *จิตเวชศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการ  
พิมพ์.

- นันทมนต์ ฉิมสุข และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 49-62.
- นิตยา เจริญยุทธ, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์ และ วินัสกรีน ก้อนศิลา. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง : บทบาทพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 5(3), 23-35.
- นุสรานา นามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และ อรทัย สงวนพรรค. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 125-138.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ญัฐชยา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทวัลย์ และ ปรีศนา บุญประดิษฐ์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *เชียงใหม่เวชสาร*, 59(3), 163-172.
- ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และ รัชนิกร อุปเสน. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *พยาบาลสาร*, 46(พิเศษ), 70-82.
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, สุชาติ พหลภาคย์ และ อุบล นิวัติชัย. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.
- พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ และ ประนอม โอทกานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 188-197.
- พิชชุดา วิทวัสสำราญกุล. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 40(1), 19-29.
- พิชญ์ วชิราภากร. (2564). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทอำเภอสี่หมื่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(2), 82-91.
- พิชามญชู่ อินทะพุ่ม. (2564). *การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช Caring for family caregivers of persons with schizophrenia: The challenge for psychiatric nurses*. เชียงใหม่: หจก. วนิตการพิมพ์.
- ภัทรภรณ์ พุงปันคำ. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- ภาคิณี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 170-181.

- มานิตา ศิริพัฒน์ และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (2561). ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(3), 78-90.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ ทวีกลีธรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์ และ มณีรัตน์ พรหมณี. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 104-118.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. (2564). *รายงานสรุปผลการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2564*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565
- ลักษณา พานิชสรณ์ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 90-103.
- วชิรา โพธิ์ใส, ราตรี บุญชู, ดวงกมล วัตราคุลย์, คุณัสปกรณ์ มัคคัปลานนท์ และ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เชียงใหม่เวชสาร*, 60(1), 63-74.
- วรภรณ์ สินธุโสภา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 203-212.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(1), 10-20.
- วาสนา นามเหล่า, ชันดดา แนบเกษร และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 23-35.
- ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนิกร อุปเสน. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *พยาบาลสาร*, 47(2), 310-319.

- ศุภรดา วงศ์จำปา, ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ และ สมบัติ สกุลพรรณ. (2565). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *พยาบาลสาร*, 49(4), 303-315.
- สมกมล อรรถทิมากุล และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาคครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(2), 64-76.
- สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2559). ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 31(3), 139-148.
- สิริมาบังอร ดีหลี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- สุนีย์ แสงดาว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ รัชนิกร เกิดโชค. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 97-111.
- สุทธดา บัวจัน, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และ รัชนิกร อุปเสน. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 113-126.
- สุธิสา ดีเพชร และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตีตราตนเองของผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 123-138.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-167.
- สุพรรณิ สายบุตร และ ชานนท์ โกมลมาลย์. (2563). การตัดสินใจและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง. *หนังสือรวบรวมบทความเนื่องในวันสถาปนาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ครบรอบ 66 ปี*, 195-201.
- สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาล, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และ ราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ.2545.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ชนัดดา แนบเกษร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*, 32(3), 118-132.



- อนันต์ตรี สมิทธีราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(3), 43-56.
- อโนชา ทศนาธชัย, พิชามณูชัช ปุณโณทก, วรรณรัตน์ ลาวัง, สุรภา สุขสวัสดิ์ และ รัชณี สรรเสริญ. (2563). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 106-121.
- อมรา ชูพลสัตย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ชนิดดา แนบเกษร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาล*, 67(2), 36-43.
- อรรวรรณ ศิลปกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และ รสสุคนธ์ ชมชื่น. (2558). คุณสมบัตินทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 12-23.
- อัศววัฒน์ เพ็ญวงภควัต. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(28), 72-84.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทร และ วาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. นครปฐม: สายธุรกิจ.
- อัญชลี ตักโพธิ์. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- อัมรา บุญสาหร่าย. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 3(3), 35-45.
- อานนท์ สังฆะพงษ์, ชัญญาชิตาคุษฎี ทูลศิริ และ วรรณรัตน์ ลาวัง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 55-62.
- เอมิกา กลยณี, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 128-140.
- Abbaslou, T., Farsham, A., Bidaki, R., & Bozorg, B. (2023). The relationship between coping styles and family burden in chronic schizophrenic and bipolar type I patients' caregivers. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry, and Neurosurgery*, 59(1), 7. doi:<https://doi.org/10.1186/s41983-023-00609-7>

- Adeosun, I. I. (2013). Correlates of Caregiver Burden among Family Members of Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment, 2013*. doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2013/353809>
- Alejandra, C.-U., José, G.-M., & Claudia, M.-C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *BioMed Central*. doi:10.1186/1477-7525-7-84
- Alireza, J., Mahbobeh, N., Vahideh, M., Fatemeh, R. B., & Hadi, T. (2021). Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry, 21*, 1-11. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03507-5>
- Altman, D. G., & Bland, J. M. (1995). Statistics notes: the normal distribution. *Bmj, 310*(6975), 298. doi:10.1136/bmj.310.6975.298
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2015). *Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders: Dsm-5(r) Selections*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrade, C., Tavares, M., Soares, H., Coelho, F., & Catarina, T. (2022). Positive Mental Health and Mental Health Literacy of Informal Caregivers: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health, 19*(22), 15276. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph192215276>
- Azar, R., Zarghami, M., Jamshid Yazdani, C., Bagheri, M., & Hamideh Azimi, L. (2019). Relationship between Self-efficacy and Perceived Burden among Schizophrenic Patients' Caregivers. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences, 6*(2), 91-97. doi:[http://dx.doi.org/10.4103/JNMS.JNMS\\_13\\_19](http://dx.doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_13_19)
- Best, J. W. (1977). *Research in education : 3rd ed.* Englewood Cliffs, Nj: Prentice-Hall.
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses, 35*(2), 107-116. doi:10.1177/1059840517732125

- Bösch, F., Landolt, M. A., Baumgartner, M. R., Fernandez, S., Forny, P., Gautschi, M., . . . Huemer, M. (2022). Caregiver burden, and parents' perception of disease severity determine health-related quality of life in paediatric patients with intoxication-type inborn errors of metabolism. *Molecular Genetics and Metabolism Reports*, *31*. doi:10.1016/j.ymgmr.2022.100876
- Chen, S., Wu, Q., Chang, Q., Deng, H., Wang, X., He, H., . . . Liu, T. (2017). Mental health literacy about schizophrenia and depression: a survey among Chinese caregivers of patients with mental disorder. *BMC Psychiatry*, *17*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1245-y>
- Citrome, L., Belcher, E., Stacy, S., Suett, M., Mychaskiw, M., & Salinas, G. D. (2022). Perceived Burdens and Educational Needs of Caregivers of People with Schizophrenia: Results of a National Survey Study. *Patient Preference and Adherence*, *16*, 159-168. doi:<https://doi.org/10.2147/PPA.S326290>
- Clari, R., Headley, J., Egger, J., Swai, P., Lawala, P., Minja, A., . . . Baumgartner, J. N. (2022). Perceived burden and family functioning among informal caregivers of individuals living with schizophrenia in Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *22*, 1-12. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03560-0>
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5). Retrieved from [https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/1976/09000/Social\\_Support\\_as\\_a\\_Moderator\\_of\\_Life\\_Stress.3.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx)
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, *15*(7), 1318. doi:10.3390/ijerph15071318
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health*, *15*(1), 29-38. doi:10.1002/nur.4770150106
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, *33*(2), 138-147. doi:10.1037/0003-066X.33.2.138

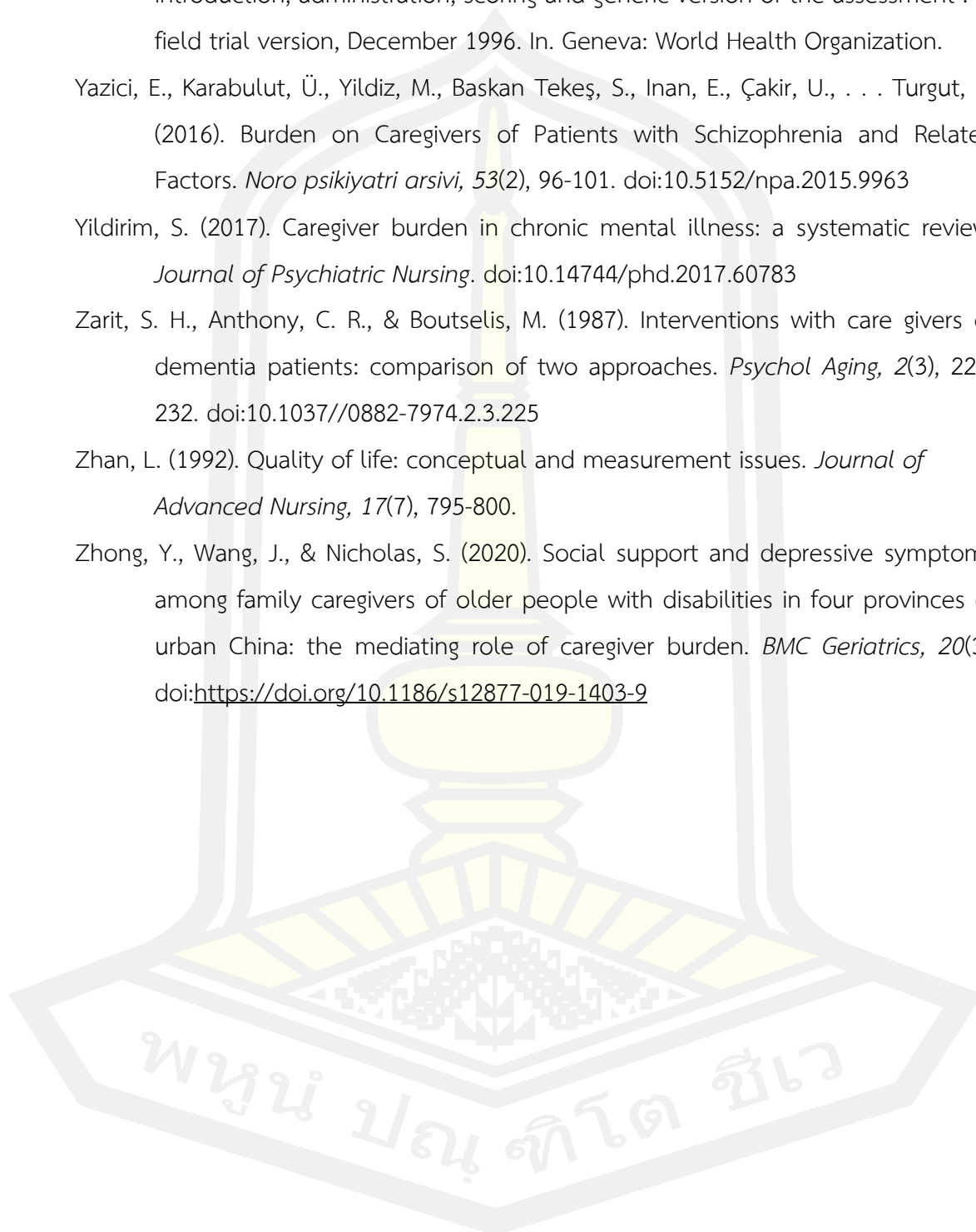
- Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240-257. doi:10.1037/ipp0000094
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab*, 10(2), 486-489. doi:10.5812/ijem.3505
- Gray J. R. & Grove S. K. (2020). Burns & grove's the practice of nursing research : appraisal synthesis and generation of evidence (9th ed.). Elsevier.
- House, J. S. (1981). Work stress and social support. Retrieved from <http://books.google.com/books?id=qO2RAAAAIAAJ>
- Jacqueline, Y., Andrew, T., & Saeeda, P. (2022). Surviving but not thriving: Burden of care and quality of life for caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders and comorbid substance use in South Africa. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(2). doi:<https://doi.org/10.1111/eip.13141>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*, 177, 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*, 67(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span*, 53-66.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*, 166(4), 182-186. doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x
- Keith, C. (1995). Family Caregiving Systems: Models, Resources, and Values. *Journal of Marriage and Family*, 57(1), 179-189. doi:10.2307/353826
- Kline, R. B. (2022). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*.
- Klungka, S., Piyabanditkul, L., & Jaitieng, A. (2022). Analysis of Caring Pattern for Persons with Schizophrenia in One Tumbon of Khon Kaen Province. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), 31-41. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/251659>

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.
- Kulaksızoğlu, B. (2019). Assessment of family burden, social support and psychological wellbeing of the caregivers of schizophrenic patients. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 29*, 81-82. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/assessment-family-burden-social-support/docview/2584046062/se-2?accountid=50152>
- Liu, L., Huang, W., Huang, Z., Liu, J., Zheng, X., Tang, J., . . . Cong, L. (2022). Relationship Between Family Caregiver Burden and Medication Adherence in Patients with Mechanical Valve Replacement: A Structural Equation Model. *Patient Preference and Adherence, 16*, 3371-3382. doi:<https://doi.org/10.2147/PPA.S383269>
- Meng, N., Chen, J., Cao, B., Feng, W., Xie, X., & Li, X. (2021). Focusing on quality of life in the family caregivers of patients with schizophrenia from the perspective of family functioning A cross-sectional study. *Medicine*. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000024270>
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth, 22*(1), 67-72. doi:10.4103/aca.ACA\_157\_18
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 34*(1), 19-26. doi:10.2307/583753
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research, 229*(1-2).
- Opoku-Boateng, Y. N., Kretchy, I. A., Aryeetey, G. C., Duah, D., Decker, S., Samuel Agyei, A., . . . Justice, N. (2017). Economic cost and quality of life of family caregivers of schizophrenic patients attending psychiatric hospitals in Ghana. *BMC Health Services Research, 17*(Suppl 2). doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2642-0>

- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The Burden on the Family of a Psychiatric Patient: Development of an Interview Schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138(4), 332-335. doi:10.1192/bjp.138.4.332
- Poonnotok, P. (2015). *Thai parents' experiences in becoming caregivers of schizophrenic patients*. Mahidol University,
- Poonnotok, P., Kaewmart, N., Asarath, T., & Pratoomsri, W. (2019). Making it better. *Journal of Health Research*, 33(3), 238-246. doi:10.1108/JHR-09-2018-0102
- Poonnotok, P., Thampanichawat, W., Patoomwan, A., & Sangon, S. (2016). Struggling to Restore Normalcy: Thai Parents' Experiences in Being Caregivers of Children with Early Schizophrenia. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 20(1), 71-84.
- Poreddi, V., Birudu, R., Thimmaiah, R., & Math, S. (2015). Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: A descriptive survey. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6(3), 355-360. doi:<https://doi.org/10.4103/0976-3147.154571>
- Rahmani, F., Roshangar, F., Gholizadeh, L., & Asghari, E. (2022). Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nursing Open*, 9(4), 1995-2002. doi:10.1002/nop2.1205
- Reavley, N. J., McCann, T. V., & Jorm, A. F. (2012). Actions taken to deal with mental health problems in Australian higher education students. *Early Interv Psychiatry*, 6(2), 159-165. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00294.x
- Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., & Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 22(1), 25-33. doi:10.1080/13651501.2017.1360500
- Richieri, R., Boyer, L., Reine, G., Loundou, A., Auquier, P., Lançon, C., & Simeoni, M. C. (2011). The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL): Development and validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 126(1), 192-201. doi:<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.037>

- Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekeyom, S., & Mills, A. C. (2018). Living with schizophrenia in rural communities in north-east Thailand. *Int J Ment Health Nurs*, 27(5), 1481-1489. doi:10.1111/inm.12448
- Shamsaei, F. P., Cheraghi, F. P., & Bashirian, S. P. (2015). Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(4), 239-245. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/burden-on-family-caregivers-caring-patients-with/docview/1754538343/se-2>
- Sherman, D. W., McGuire, D. B., & Cheon, J. Y. (2014). A Pilot Study of the Experience of Family Caregivers of Patients With Advanced Pancreatic Cancer Using a Mixed Methods Approach. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3).
- Siddiqui, S., & Khalid, J. (2019). Determining the caregivers' burden in caregivers of patients with mental illness. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35. doi:10.12669/pjms.35.5.720
- Souza, A. L. R., Guimarães, R. A., de Araújo Vilela, D., De Assis, R. M., de Almeida Cavalcante Oliveira, L. M., Souza, M. R., . . . Barbosa, M. A. (2017). Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-10.
- Thompson, E. H., Jr., Futterman, A. M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J. M., & Lovett, S. B. (1993). Social Support and Caregiving Burden in Family Caregivers of Frail Elders. *Journal of Gerontology*, 48(5), S245-S254. doi:10.1093/geronj/48.5.S245
- Tonsing, K. N. (2018). A review of mental health literacy in Singapore. *Soc Work Health Care*, 57(1), 27-47. doi:10.1080/00981389.2017.1383335
- Upasen, R., & Saengpanya, W. (2022). Compassion Fatigue Among Family Caregivers of Schizophrenic Patients. *Journal of Population and Social Studies*, 30, 1-17. doi:<http://doi.org/10.25133/JPSSv302022.001>
- Wongsawang, N. (2019). Daily Life Monitoring for Older Adults by Thai Family Caregivers. *IJPHS*, 1(3), 18-25.
- World Health Organization. (2022). Schizophrenia. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

- World Health Organization. Division of Mental, H. (1996). WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. In. Geneva: World Health Organization.
- Yazici, E., Karabulut, Ü., Yıldız, M., Baskan Tekeş, S., Inan, E., Çakir, U., . . . Turgut, C. (2016). Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Noro psikiyatri arsivi*, 53(2), 96-101. doi:10.5152/npa.2015.9963
- Yildirim, S. (2017). Caregiver burden in chronic mental illness: a systematic review. *Journal of Psychiatric Nursing*. doi:10.14744/phd.2017.60783
- Zarit, S. H., Anthony, C. R., & Boutselis, M. (1987). Interventions with care givers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychol Aging*, 2(3), 225-232. doi:10.1037//0882-7974.2.3.225
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.
- Zhong, Y., Wang, J., & Nicholas, S. (2020). Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatrics*, 20(3). doi:<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1403-9>







ภาคผนวก ก เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือ



ที่ ฮว ๘๓๙๓(๒๑).๐๓/ ๐๙๔

คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๒๓๔ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง  
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยปริณญาณิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือที่ ฮว ๐๖๐๕.๑๑/๙๘๙ ลงวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ใช้เครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต (Mental Health Literacy Questionnaire – Young Adult) ของ คุณณัฐภรณ์ สัมพันธ์ ศรีวิชัย เพื่อใช้ในโครงการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง” โดยมีผู้วิจัย นายสิริชัย เมี้ยนมิตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต และรองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้ทางผู้วิจัยหลักใช้เครื่องมือวิจัยปริณญาณิพนธ์ของนักศึกษารายดังกล่าวได้ ทั้งนี้ คณะฯ ได้มอบหมายให้นายพลพัฒน์ ไชยคำหล้า ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป เป็นผู้ประสานงาน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ [ponphat.c@cmu.ac.th](mailto:ponphat.c@cmu.ac.th) หรือโทรศัพท์หมายเลข ๐๙๙-๑๓๖-๘๕๔๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ดร.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ที่ อว ๒๔.๑๑/ ๐๑๓๖๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตาพรฯ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว ๐๖๐๕.๑๑/๗๘๘ ลงวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

ตามหนังสือที่อ้างถึง ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นายสิริชัย เมียนมิตร ใช้เครื่องมือวิจัยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในวิทยานิพนธ์ของ นางสาวจิราพร รักษการ หากท่านประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอให้แจ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิง จากบทความวิทยานิพนธ์ ดังนี้

จิราพร รักษการ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (๒๕๕๙). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์



โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี  
 วันที่ 9 มิ.ย.  
 วันที่ 21 มิ.ย. 65  
 เวลา 14.55 น.

ที่ อว 0605.11/๑๘๙

คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
 จังหวัดมหาสารคาม 44150

16 มิถุนายน 2565

ทะเบียนรับหนังสือร้อง 2/พอ.  
 เลขรับ ๗๔๙๗, ๖๙๑๕  
 วันที่ ๒๓ มิ.ย. ๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

ด้วย นายสิริชัย เมี้ยนมิตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิต  
 เวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง  
 "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาวะ  
 การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ เป็นอาจารย์  
 ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือของท่าน คือ แบบประเมินภาวะการดูแล Zarit  
 ในผู้ป่วยจิตเวช ฉบับ 12 ข้อ จากงานวิจัยเรื่อง คุณสมบัตินักจิตวิทยาของแบบประเมินภาวะการดูแล Zarit  
 ในผู้ป่วยจิตเวชโดย อรรถธรณ ศิลปกิจ และคณะ (2558) เพื่อนำไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความ  
 เรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตให้  
 นายสิริชัย เมี้ยนมิตร ใช้เครื่องมือดังกล่าวเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามหวังเป็นอย่าง

เรียน ผู้อำนวยการ ยินดีว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ทราบ  
 พิจารณา  
 เห็นควรแจ้ง

ศ.น. นริสา วงศ์พนารักษ์

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคน  
 เลขที่รับ E๗๓๐  
 วันที่ 27 มิ.ย. 2565  
 เวลา 14:00 น.

สิริชัย

(นางสาวรัตนากรณ ไร่ยมาตว)  
 นักจัดการงานทั่วไป  
 24 มิ.ย. 65

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แคนสีแก้ว)  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท.ร.น. นนทบุรี

(นางนฤตา สุวรรณโพธิ์)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357  
 อาจารย์ที่ปรึกษา ร.ศ.นริสา วงศ์พนารักษ์ โทร. 043-754-333 ต่อ 2345  
 ซ่อนิสิต นายสิริชัย เมี้ยนมิตร โทร. 094-5423877 email: sirichai.meenmit.fr@gmail.com

27 มิ.ย. 65

ทราบ  
 เห็นควร

ต้นฉบับยื่นให้ ศ.  
 น.นริสา  
 เลขที่รับ ๗๔๙๗, ๖๙๑๕  
 นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ 27 มิ.ย. 2565

เรื่องถึงผู้เกี่ยวข้อง  
 ๒๗ มิ.ย. ๖๕



### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน จำนวน 96 ข้อ ดังนี้

- |   |              |
|---|--------------|
| 1. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล               | จำนวน 10 ข้อ |
| 2. แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต                     | จำนวน 29 ข้อ |
| 3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท | จำนวน 19 ข้อ |
| 4. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต                         | จำนวน 26 ข้อ |
| 5. แบบประเมินภาระการดูแลของซาริท ในผู้ป่วยจิตเวช    | จำนวน 12 ข้อ |

พหุ ม ประ ทิ โ ต ชี เว

### แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม  
และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

#### 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วเติมคำลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง  
หน้าข้อความ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ                    ( ) ชาย                    ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพการสมรส
  - ( ) 1. โสด                    ( ) 4. หย่า
  - ( ) 2. คู่                    ( ) 5. แยกกันอยู่
  - ( ) 3. หม้าย
4. ระดับการศึกษา
  - ( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ    ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.
  - ( ) 2. ประถมศึกษา            ( ) 5. ปวส., อนุปริญญา
  - ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น    ( ) 6. ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
5. อาชีพ
  - ( ) 1. งานบ้าน                    ( ) 4. รับจ้าง
  - ( ) 2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ    ( ) 5. ค้าขาย
  - ( ) 3. เกษตรกร                    ( ) 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ต่อเดือน ..... บาท (โดยประมาณ)
7. ท่านมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
  - ( ) 1. ไม่มี                    ( ) 2. มี โปรดระบุ.....

## 8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

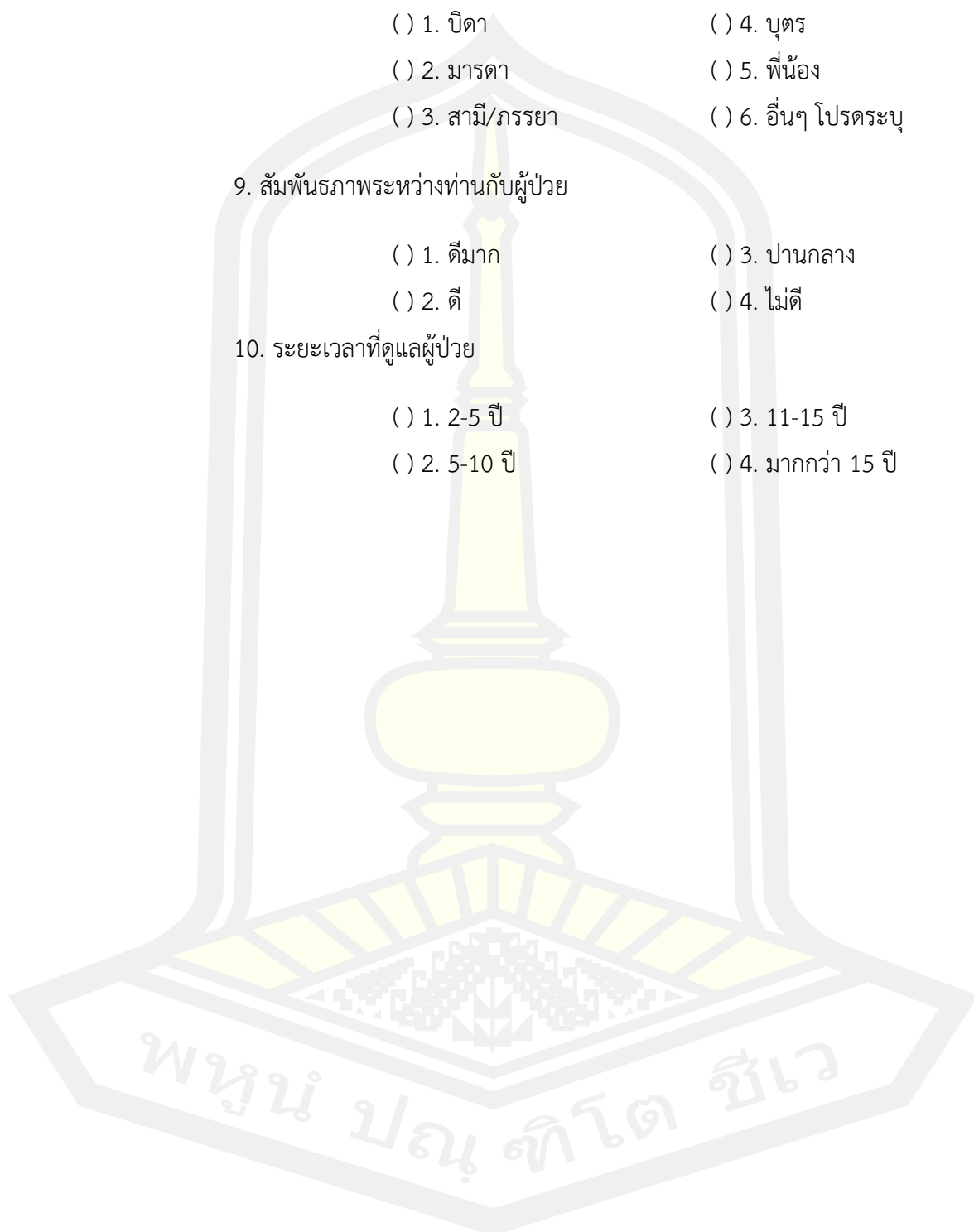
- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. บิดา      | <input type="checkbox"/> 4. บุตร           |
| <input type="checkbox"/> 2. มารดา     | <input type="checkbox"/> 5. พี่น้อง        |
| <input type="checkbox"/> 3.สามี/ภรรยา | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ |

## 9. สัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้ป่วย

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ดีมาก | <input type="checkbox"/> 3. ปานกลาง |
| <input type="checkbox"/> 2. ดี    | <input type="checkbox"/> 4. ไม่ดี   |

## 10. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 2-5 ปี  | <input type="checkbox"/> 3. 11-15 ปี      |
| <input type="checkbox"/> 2. 5-10 ปี | <input type="checkbox"/> 4. มากกว่า 15 ปี |





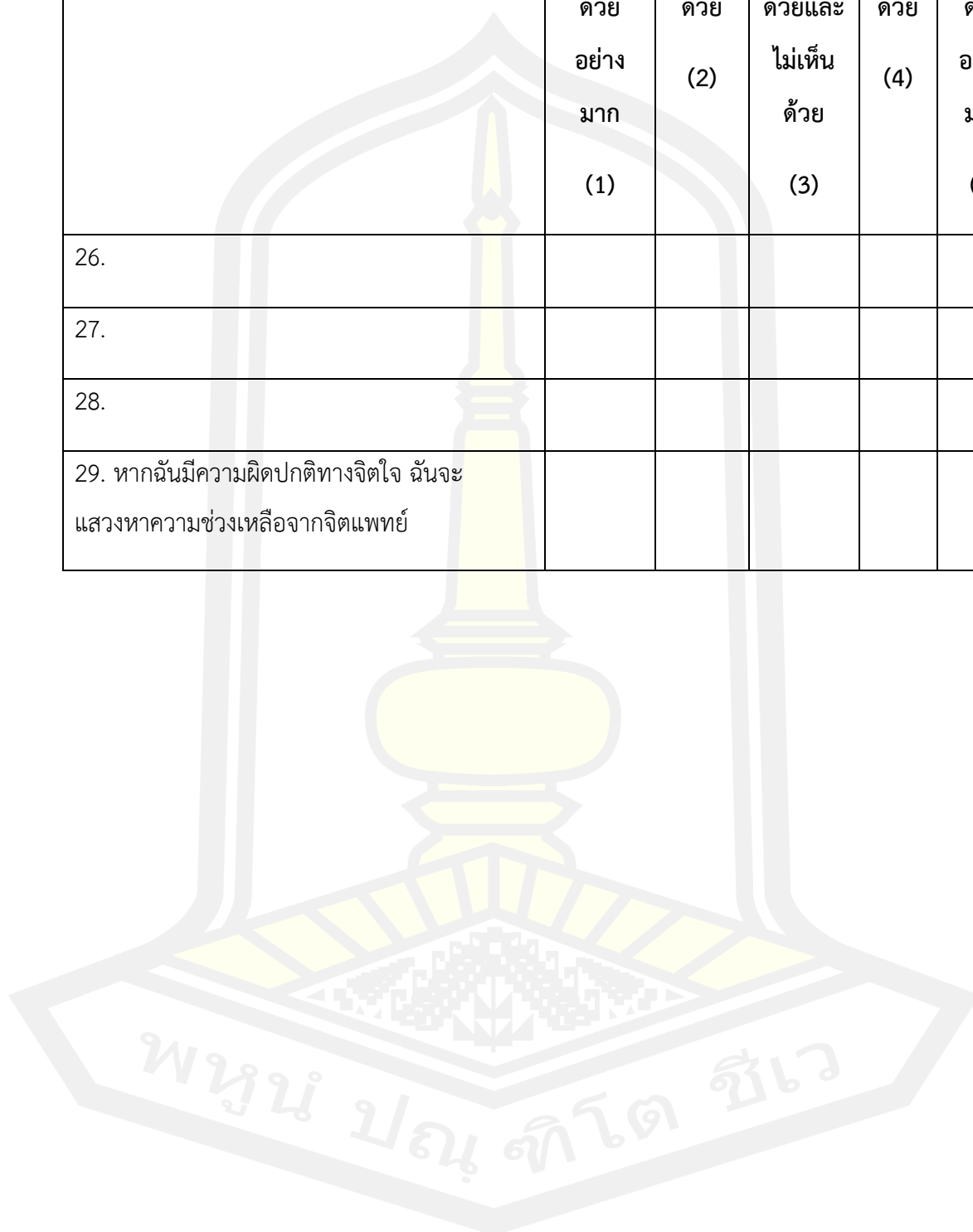
## 1.2 แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้เป็นการบรรยายความรู้สึกในบางครั้งของคน ท่านอาจเห็นด้วยหรืออาจไม่เห็นด้วย โปรดระบุว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความเหล่านั้นเพียงใดในแต่ละประโยคต่อไปนี้ ด้วยการทำเครื่องหมาย **X** ลงในช่องว่าง ให้ตรงกับข้อมูลของท่าน

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ทั้งเห็นด้วยและ ไม่เห็นด้วย (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างมาก (5)
1. การออกกำลังกายที่ได้นำไปสู่สภาวะสุขภาพจิตที่ดี					
2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักรู้สึกเป็นทุกข์อย่างมาก					
4. หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะเสาะหาความช่วยเหลือจากญาติ ๆ					
5. หากคนที่สนิทกับฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะสนับสนุนให้เขา / เธอหานักจิตวิทยา					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ทั้งเห็น ด้วยและ ไม่เห็น ด้วย (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่าง มาก (5)
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20. หนึ่งในอาการของโรคซึมเศร้าคือการหมด ความสนใจหรือขาดความรู้สึกยินดีกับเกือบทุกสิ่ง					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ทั้งเห็น ด้วยและ ไม่เห็น ด้วย (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่าง มาก (5)
26.					
27.					
28.					
29. หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะ แสวงหาความช่วยเหลือจากจิตแพทย์					



### 1.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะมีจำนวน 19 ข้อ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับชนิดและความรู้สึกของท่านจากการได้รับ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขอให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและ ประเมิน เหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องคำตอบที่เหมาะสม และ เป็นจริงกับ

ตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ

ครั้ง

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง

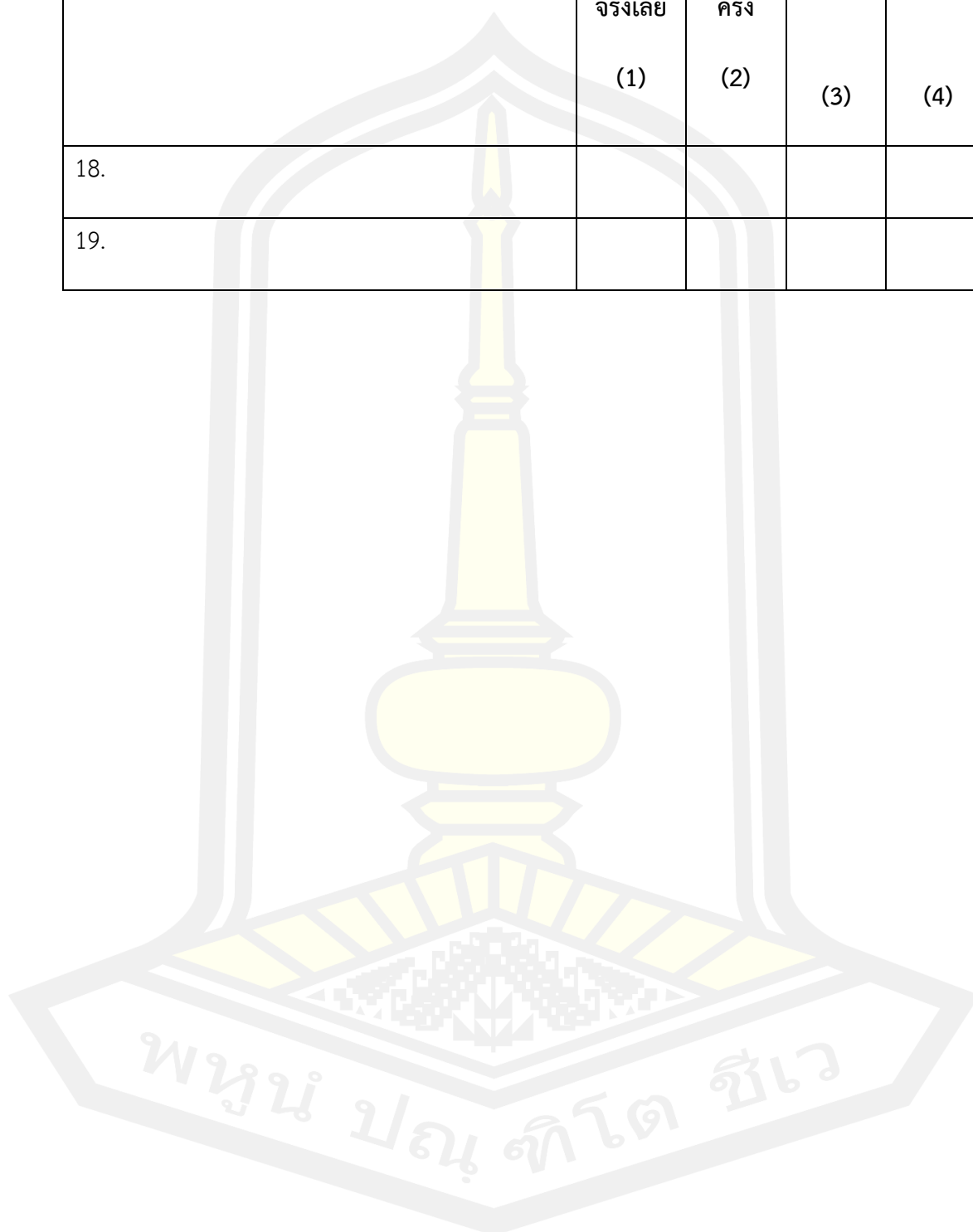
ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่าน

ตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เป็น จริงเลย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	บ่อยครั้ง (4)	ตลอด เวลา (5)
การสนับสนุนทางอารมณ์					
1. มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เมื่อทราบว่าคุณมาชิก ในครอบครัวของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท					
2.					
3.					
4. ท่านรับรู้ว่ามีคนที่รักและเอาใจใส่ท่าน					
5.					

ข้อความ	ไม่เป็น จริงเลย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	บ่อยครั้ง (4)	ตลอด เวลา (5)
การสนับสนุนทางวัตถุ					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการ รักษาผู้ป่วยจิตเภท					
7.					
8.					
9.					
การสนับสนุนการยอมรับและการเห็นคุณค่า					
10.					
11.					
12.					
13.					
14. ท่านได้รับการยกย่องจากคนรอบข้างจากการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท					
การสนับสนุนด้านการให้ข่าวสาร					
15. ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น					
16.					
17.					

ข้อความ	ไม่เป็น จริงเลย (1)	นานๆ ครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	บ่อยครั้ง (4)	ตลอด เวลา (5)
18.					
19.					



#### 1.4 แบบวัดคุณภาพชีวิต

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมาก

ที่สุด

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2.					
3.					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5.					
6.					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8.					
9.					
10.					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมาก น้อยเพียงใด					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

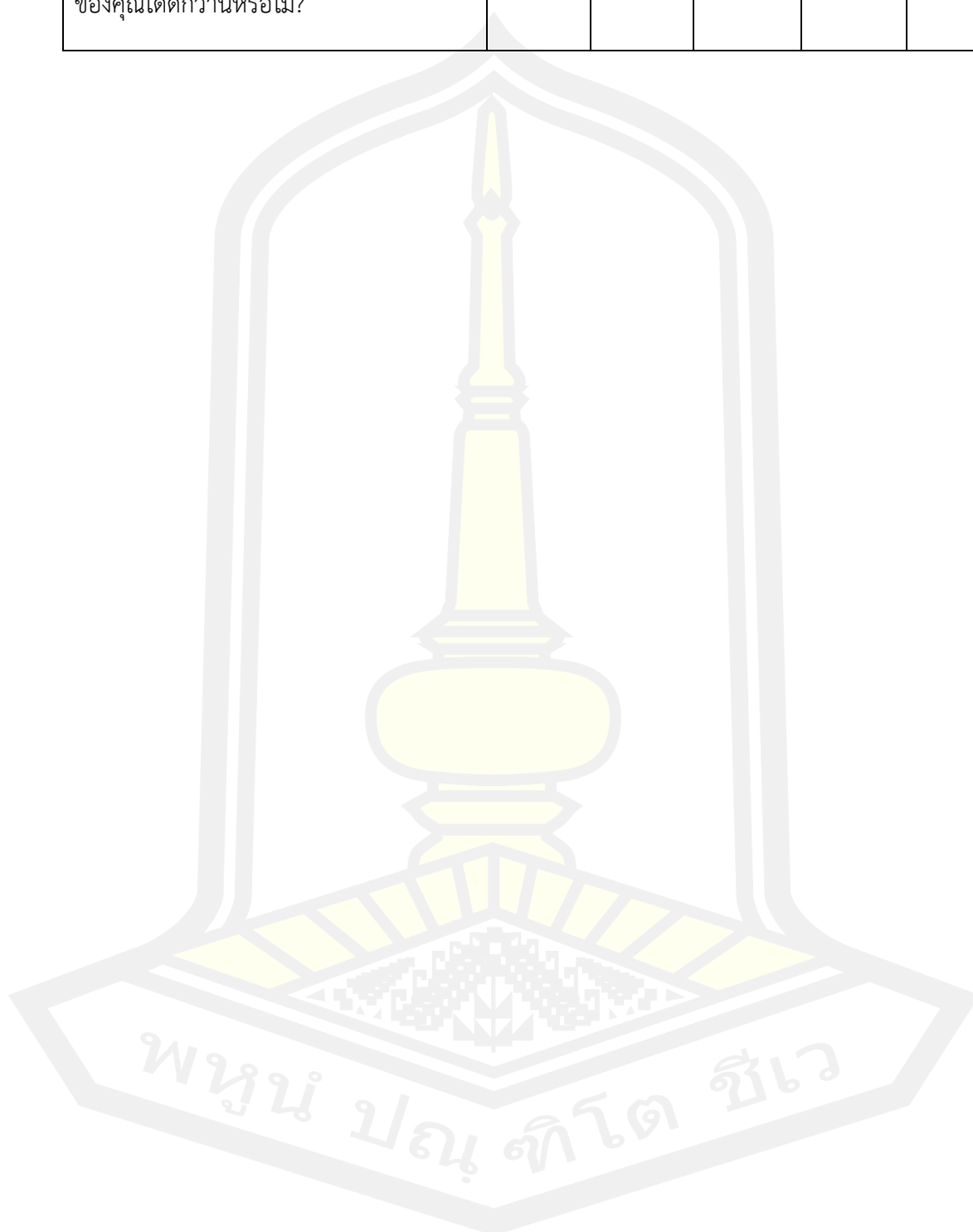


### 5. แบบประเมินภาระการดูแลในผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

หัวข้อการประเมิน	ระดับความรู้สึก				
	แทบทุก ครั้ง  (0)	ค่อนข้าง บ่อย  (1)	บางครั้ง  (2)	นานๆ ครั้ง  (3)	ไม่มีเลย  (4)
1. คุณรู้สึกว่า ไม่มีเวลาสำหรับตัวเองเลย เพราะต้องใช้เวลาดูแลญาติของคุณหรือไม่?					
2.					
3. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณ หรือไม่?					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9. คุณรู้สึกว่า คุณสูญเสียการควบคุมชีวิต ของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่?					
10.					
11.					

12. คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติ ของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่?					
---	--	--	--	--	--







คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 305-277/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Relationships between Mental Health Literacy, Social Support, Quality of life, and Caregiver Burden in Caregivers of People with Schizophrenia.

ผู้วิจัย : นายสิริชัย เมี้ยนมิตร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 5 กันยายน 2565

วันหมดอายุ : 4 กันยายน 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ศาสตราจารย์ ดร. สว่างจิตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกศสิขรหญิงราตรี สว่างจิตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายสิริชัย เมี้ยนมิตร
วันเกิด	17 ตุลาคม 2534
สถานที่เกิด	อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	86 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 ประถมศึกษา โรงเรียนอนุบาลนางรอง (สังกัดภูษณ์อนุสรณ์) พ.ศ. 2553 มัธยมศึกษา โรงเรียนนางรอง พ.ศ. 2557 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา สมทบ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2566 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณู ทิโต ชีเว