ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Factors Affecting Burden Among Caregivers in outpatient with schizophrenia at Somdetphaphutaleardla Hospital.

นางศันสนีย์ พูลผล พย.ม.(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) Sansanee Poolphol M.N.S (Mental Health and Psychiatric Nursing)

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด Psychiatric and Drug Task Group

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า Somdetphaphutaleardla Hospital

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาภาระการดูแลและปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 100 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .76 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบประเมินภาระการดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธีการนำเข้าทั้งหมด ทดสอบโมเดล อโนวา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับมาก 75.57 (SD=10.59) สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.144$, $p < .05$) และสามารถทำนายความแปรปรวนของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 20.01 (adj.R^2 = 0.15, $P < .05$) โดยสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด (β = -0.278, $p < .05$).

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นการสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท, ความรู้เกี่ยวกับการดูแล, สมรรถนะแห่งตน, สัมพันธภาพในครอบครัว, ภาระการดูแล

KEYWORDS: Caregivers of patients with schizophrenia, Knowledge towards caring, Perceived self-efficacy, Family relationship, Burden

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine burden and factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia. The samples consisted of 100 caregivers of patients with schizophrenia who took the patients for treatment at the outpatient department of Somdetphaphutaleardla Hospital. The research instruments were composed of a questionnaire of individual characteristics, a test of knowledge towards caring with the reliability of .76 an assessment form of perceived Self-efficacy with the reliability of .84 an assessment form of family Relationship with the reliability of .90 an assessment form of burden with the reliability of .87. Statistics used for data analysis include frequency, percentage, mean, standard deviation multiple regression analysis with enter methods test Model ANOVA[a].

The results revealed that the average score of burden of caring patients with schizophrenia was at a high level 75.57 (SD=10.59). Family relationship had significantly negatively association with burden ($r=-0.144$, $p < .05$). Result of multiple regression analysis showed that approximately 20.01 % (adj.R^2 = 0.15, $P < .05$) of the variance of the caregiver burden can be accounted for by the linear combination of family relationship ($p < .05$). The strongest predicting factor was family relationship (β = -0.278, $p < .05$).

This study results suggest that health care providers need to develop mental health interventions for supporting families of schizophrenic patients to reduce their burdens by promoting family relationship.

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด โดยจากอุบัติการณ์การเกิดโรคจะพบ 0.1-0.5 ต่อพันประชากร ความชุกเท่ากับ 2.5-5.3 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพ เท่ากับ 7.0-9.0 ต่อพันประชากร เพศหญิงและเพศชายพบได้พอ ๆ กัน พบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิชย์, 2558) และจากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าพบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ.2562-2564 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 1,883, 2,228 และ 2,321 คน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน การดูแลสุขอนามัยของตนเอง และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิชย์, 2558) เนื่องจากพยาธิสภาพทางสมอง พบว่าสมองส่วน Limbic system ได้แก่ Amygdale hippocampus และ Parahippocampalgyrus มีขนาดเล็กกว่าปกติ ยังพบการเรียงตัวของเซลล์ประสาทในบริเวณ Hippocampus ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม การกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและระดับประเทศ และที่สำคัญที่สุดการกลับป่วยซ้ำ ซึ่งมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ยังก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม หากผู้ป่วย ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของความคิด บุคลิกภาพ อารมณ์และพฤติกรรม เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในการป่วยแต่ละครั้ง ทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่และเป็นภาระในการรักษาพยาบาลในระดับประเทศ การรักษาโรคจิตเภทนี้ต้องใช้ระยะเวลานานและยังต้อง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ก่อให้เกิดการใช้งบประมาณของรัฐบาลในการรักษาพยาบาล

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลมีระยะเวลาในการรักษาสั้นลง จากนโยบายของกรมสุขภาพจิต มีนโยบายให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุด ผู้ป่วยจิตเภทถึงแม้ว่าอาการทุเลาลงแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมือนกับบบุคคลทั่วไป เนื่องจากมีความเสื่อมทางด้านการทำงานและความเสื่อมของสติปัญญาของผู้ป่วย ขาดการยอมรับจากสังคม ประกอบกับความเรื้อรังจากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นเหตุให้บุคคล ในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทน ทำให้ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิมต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อทำหน้าที่ของผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันและการปฏิบัติตนของผู้ดูแลตลอดจนสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงกายในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางรายยังมีอาการทางด้านลบหลงเหลืออยู่ เช่น เกียจคร้าน ขาดแรงจูงใจ ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ไม่ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน ไม่ยอมรับประทานยา ต้องคอยกระตุ้นเตือนอยู่เสมอ หรืออาจมีอาการทางด้านบวกเกิดขึ้น เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด (รจนา ปุณโณทก, 2550) ผู้ป่วยมักจะมีอาการกำเริบเป็นพักๆ สลับกับช่วงที่อาการสงบภายหลังอาการกำเริบแต่ละครั้ง ความสามารถของผู้ป่วยจะไม่กลับคืนดังเดิมภาระการดูแลทั้งหมดจึงตกอยู่กับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต่อจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต (Tungpunkom, 2000) ส่งผลกระทบกับผู้ดูแล รู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิต

ที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นญาติในครอบครัวซึ่งนอกจากต้องดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองและครอบครัวแล้ว ยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงความกดดัน ความเดือดร้อน ความยากลำบาก ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่ในการงานเปลี่ยนแปลงและการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (George & Dwyther, 1986) ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง จึงมีผลทำให้เกิดอาการกำเริบและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิราภร รักการ, 2549) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลผู้ป่วย (เบ็ญจา นิ่มนวล, 2547) และสัมพันธภาพในครอบครัว (วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ, 2547) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท (รจนา ปุณโณทก, 2550) จากผลการศึกษาดังกล่าว ข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาและประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งตามทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman ได้กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิดมีความเป็นพลวัตร (Dynamic) และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยในแต่ละบุคคลมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ประกอบด้วย สรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ ซึ่งปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาในการดูแล และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของพัฒนาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการดูแล จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของจิตวิญญาณ และสัมพันธภาพในครอบครัวจัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของบุคคล หากบุคคลอยู่ในภาวะที่ต้องต่อสู้กับแรงที่มากระทบจากภายนอกและภายในตามทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman เรียกสิ่งที่มารบกวนนี้ว่าสิ่งก่อความเครียด โดยความเครียดที่คงอยู่นานหรือเรื้อรัง จะทำให้เกิดความรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลหรือเป็นภาระการดูแล (Leggett, Zarit, Tayior, & Galvin, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยอาจจะทำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลที่แตกต่างกัน (Cook, Lefley, Pickett, & Collier, 1994; Lefley, 1987) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแล ที่มีอายุมากจะรับรู้ภาระการดูแลน้อย (Montgomery et al., 1985) การศึกษาของ ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่า

อายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับภาระการดูแล และผลการศึกษาของ รจนา ปุณโณทก (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก การรับรู้ภาระการดูแลก็จะมากตามเช่นกัน ผู้ดูแลต้องใช้ ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อายุของผู้ดูแลก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ธรรมชาติของมนุษย์ต้องใช้เวลาในการปรับตัวต่อ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลต้องเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ ในชีวิต (Orem, 1995) และจากการศึกษาของ Doombos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุปว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนานทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตในครอบครัว เปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจน้อยลง ผู้ดูแลหลายคนมีสุขภาพที่แย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนและระบบทางเดินอาหาร จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานาน (Rolland, 1994)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ลดความหนักใจในการดูแลผู้ป่วย และภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง หากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี ดังผลการศึกษาของ Hatfield (1979) พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นการช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรม (Bandura, 1986) หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็น่าจะมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทได้ดี และจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดน้อยลง ผู้ดูแลที่มีความคาดหวังในเชิงบวกและมีความเชื่ออย่างสูงในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแล น่าจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระที่ลดลงได้ การศึกษาพบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแล (เบ็ญจา นิ่มนวล, 2547) ดังนั้นสมรรถนะแห่งตน ก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลและยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว ป้องกันมิให้เป็นปัญหาต่อตนเองและสังคม การศึกษาของ ลักษณา หนุนนาค (2546) พบว่า หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ทำให้ให้สมาชิกขาดความรัก ขาดการดูแลเอาใจใส่ จะนำมาซึ่งปัญหาในการดูแลได้ ในทางกลับกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้นช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว มีสิ่งผูกพันซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันในการแก้ไขปัญหา เป็นกำลังใจทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาท ภาระหน้าที่หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามา ในชีวิตได้ ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวน่าจะมีผลต่อภาระการดูแลของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

และสัมพันธภาพในครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

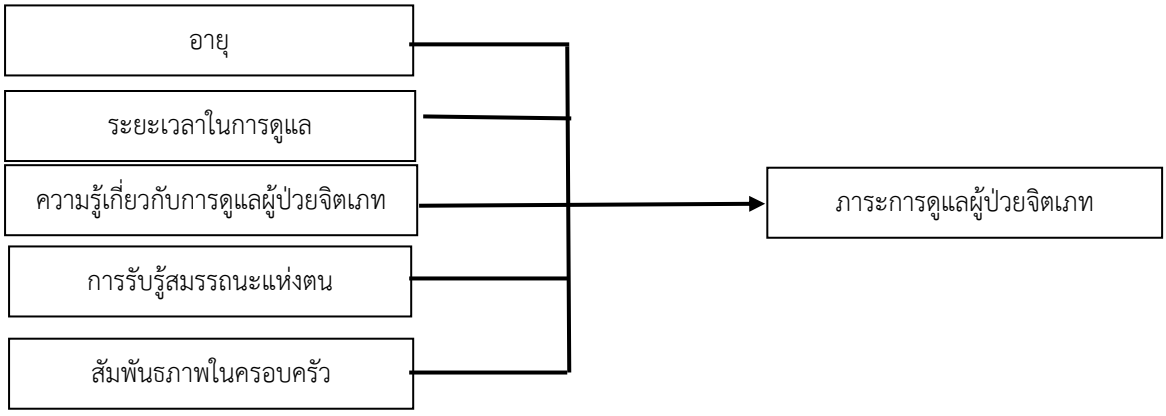
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) โดยNeuman ได้อธิบายว่าบุคคลเป็นระบบเปิด มีความเป็นพลวัตร (Dynamic) และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกอยู่ตลอดเวลา โดยระบบบุคคลมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์ ทำงานร่วมกัน ในระบบบุคคล ประกอบด้วยแนวป้องกันต่าง ๆ ได้แก่ แนวป้องกันยืดหยุ่น แนวป้องกันปกติ แนวต่อต้าน และโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นปัจจัยจำเป็นต่อสิ่งมีชีวิต ซึ่งแนวป้องกันปกติเป็นแนวคิดที่แสดงถึงระดับภาวะสุขภาพปกติของบุคคล เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวเข้าหากันของระบบบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อมีสิ่งคุกคาม (Stressors) ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งสิ่งคุกคามภายในตัวบุคคล (Intrapersonal stressors) สิ่งคุกคามระหว่างตัวบุคคล (Interpersonal stressors) และสิ่งคุกคามภายนอกตัวบุคคล (External stressors) จะมีผลต่อระบบบุคคล บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม (Reaction to stressors) ซึ่งความเข้มของการตอบสนองของบุคคลขึ้นอยู่กับความแข็งแรง ของแนวป้องกัน ตลอดจนความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม หากแนวป้องกันตังกล่าวข้างต้นมีความอ่อนแอ และสิ่งคุกคามมีความรุนแรง ก็จะส่งผลให้ระบบเกิดการเสียสมดุล ปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกมาจึงเป็นเชิงลบ เช่น การเกิดปัญหาสุขภาพจิต การพึ่งพาสารเสพติดในวัยรุ่น Neuman (2002) กล่าวได้ว่า เมื่อมีสิ่งเร้าคุกคามหลายอย่างเข้ามาในระบบบุคคล ระบบเกิดการเสียสมดุล บุคคลก็จะพยายามปรับตัวต่อสิ่งที่มาคุกคามเพื่อให้คืนสู่สมดุล (Reconstitution)

จากแนวคิดดังกล่าว การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นผลมาจากปัจจัยด้านบุคคลของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของพัฒนาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของดูแล จัดเป็นองค์ประกอบในส่วน ของจิตวิญญาณ และสัมพันธภาพในครอบครัว จัดเป็นองค์ประกอบในส่วนของสังคมและวัฒนธรรม กรณีถูกรบกวนจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดภายในบุคคลที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ความคาดหวัง ของครอบครัวกับผู้ดูแลที่จะให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นก็เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ระหว่างบุคคลได้ จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดและรับรู้ถึงการเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ สรุปได้ว่าการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาสมดุลของบุคคลโดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทุกๆด้าน ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิด ความเครียดภายในตัวบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จึงอาจจะทำให้รับรู้ ถึงการเป็นภาระที่น้อย ในอีกแง่มุมหนึ่ง หากผู้ดูแลที่มีอายุมากและยังต้องดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดความเครียดและรับรู้ถึงการเป็นภาระการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแล

มีศักยภาพในตัวเองมากขึ้น อาจทำให้ความเครียดและความรู้สึกถึงการเป็นภาระในการดูแลลดลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคลที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี ก็จะทำให้รับรู้ถึงภาระการดูแลน้อยและถ้าผู้ดูแล มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ก็จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลลดลง ส้มพันธภาพในครอบครัวช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ปัจจัยเหล่านี้น่าจะช่วยให้ผู้ดูแลต่อสู้กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และรักษาสมดุลของระบบบุคคลไว้ได้

การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาตัวแปร อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งน่าจะมีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง/ ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ.2562-2564 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 1,883, 2,228 และ 2,321 คน เฉลี่ยจำนวน 2,144 คนต่อปี เฉลี่ยจำนวน 179 คนต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทน

ผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าโดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหลานหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
2. อายุระหว่าง 18-60 ปี
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978) ดังนี้

สูตรของ Thorndike

$n > 10\ (k) + 50$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรต้นจำนวนตัวแปรต้นที่จะศึกษามีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และส้มพันธภาพในครอบครัว แทนค่า ตามสูตร ดังนี้

$n > 10\ (5) + 50$

$n > 100$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 100 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement)

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยดูแลและระยะเวลาในการดูแลจำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติตามแนวคิดของ Lefley (1987) ที่พัฒนาโดย สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) มีจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 16 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามทางบวก คือหากตอบว่าใช่ให้ 1 คะแนนและหากตอบว่าไม่ใช่ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการคิดคะแนนรวมทั้งหมดโดยคะแนนมากหมายถึง มีความรู้มากและคะแนนน้อยหมายถึงมีความรู้น้อย

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy scale) สร้างขึ้น ตามแนวคิดของ Bandura โดย Jerusalem and Schwarzer (1993) ซึ่งพัฒนาโดย เบ็ญจา นิ่มนวล (2547) นำมาแปลเป็นภาษาไทย จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับจากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เป็นความจริง จริงเล็กน้อย จริงพอสมควรและจริงมากที่สุด สำหรับการคิดคะแนนรวมคะแนนทั้งหมดโดยคะแนนมากหมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงและคะแนนน้อยหมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

ชุดที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวผู้วิจัยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Crandall (1980) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2547) ซึ่งคลอบคลุมความผูกพันความรักใคร่ ปรองดองและความสามาถในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแสดงบทบาทของสมาชิก ด้านการสื่อสารในครอบครัว ด้านการแสดงออกทางอารมณ์และด้านการถ่ายทอดความรู้สึก จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนด คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ได้แก่ ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดน้อยครั้ง ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดบางครั้ง ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดบ่อยครั้ง ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดตลอดเวลา สำหรับการคิดคะแนนรวมคะแนนทั้งหมด โดยคะแนนมาก หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมาก คะแนนน้อย หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับน้อย

ชุดที่ 5 แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยชำนิ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Montgomery et al. (1985) แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ มิติที่ 1) ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ การงานการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อซึ่งมี ข้อความทางบวก 1 ข้อและข้อความทางลบ 11 มิติที่ 2) ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด มีลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจากคะแนน 1-5 ข้อคำถามทางบวกได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการคิดคะแนน พิจารณาภาระการดูแลแต่ละลักษณะและภาระการดูแลโดยรวม โดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึงมีภาระการดูแลมาก และคะแนนเฉลี่ยน้อยหมายถึงมีภาระการดูแลน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ นพรัตน์ ไชยชำนิ (2544) พัฒนามาจากแบบวัดของ Montgomery et al. (1985) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ตามแนวคิดของ Lefley (1987) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ เบ็ญจา นิ่มนวล (2547) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Jerusalem and Schwarzer (1993) และแบบประเมินสัมพันธภาพ ในครอบครัวของ Crandall (1980) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2547) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบ ประเมินดังกล่าวมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ ทั้งสิ้น จึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือและนำแบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งหมดนี้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยให้ทำการประเมินด้วยตนเอง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) โดยแบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวได้ค่า ความเชื่อมั่น

เท่ากับ .87, .84, .90 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Ricardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยเสนอโครงร่างวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการทำวิจัยและทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เมื่อได้รับอนุมัติจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีผู้ดูแล แล้วจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยมาตามนัด จากนั้นเชิญกลุ่มตัวอย่างมานั่งเก้าอี้ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้บริเวณใกล้กับที่นั่งรอตรวจแผนกผู้ป่วยนอก การเก็บข้อมูลกระทำในเวลา 08.00-13.00 น. วันจันทร์ วันอังคารและวันพุธ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตทำวิจัยในมนุษย์ ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (COA No.60) ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 ก่อนการดำเนินวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างและก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัย และระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นพ.จรัล ปันกองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่ให้โอกาส คอยติดตามให้กำลังใจและอำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ ดร.อุทิศ ดวงผาสุข ที่เสียสละเวลาให้คำปรึกษาในการทำวิจัยตลอด จนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มตัวอย่างอายุมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 50-60 ปี ร้อยละ 28 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.01 (SD=10.06) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69 เพศชาย ร้อยละ 31 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 36 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา/ มารดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 ไม่มีผู้ช่วยดูแลคิดเป็นร้อยละ 63 และระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาอยู่ที่ 4.85 ปี

2. ภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงอัตนัย 34.36 (SD=8.74) และมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงปรนัย 41.21 (SD=10.14) โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวม 75.57 (SD=10.59) แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายมิติและโดยรวม (n=100)

ภาระการดูแล	Min	Max	X	*SD*	การแปลผล
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย	12	60	34.36	8.74	
ภาระการดูแลเชิงปรนัย	12	56	41.21	10.14	
ภาระการดูแลโดยรวม	24	99	75.57	10.59	ภาระการดูแลมาก

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง คือ 20.02 (SD=4.30) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง คือ 28.21 (SD=7.76) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับปานกลาง คือ 60.94 (SD=13.59) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n=100)

ตัวแปรที่ศึกษา	Min	Max	X	*SD*	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	4	27	20.02	4.30	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	9	40	28.21	7.76	ปานกลาง
สัมพันธภาพในครอบครัว	10	68	39.94	13.59	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระเพื่อเพื่อตรวจสอบ ปัญหาสหสัมพันธ์กัน (Multicollinearity)

	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน X1	สัมพันธภาพในครอบครัว X2	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท X3	อายุ X4	ระยะเวลาในการดูแล(ปี) X5	ระยะเวลาชั่วโมงในการดูแลใน 1 วัน X6
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1					
สัมพันธภาพในครอบครัว	.431**	1				
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.183	.218*	1			
อายุ	.060	.139	.184	1		
ระยะเวลาในการดูแล(ปี)	.102	.135	-.078	.146	1	

ระยะเวลาชั่วโมงในการดูแลใน 1 วัน	.234*	.268**	.155	.096	.138	1

จากตารางที่3 แสดงค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (r =0.218, p <0.05) และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (r =0.431, p <0.01) ระยะเวลาชั่วโมงในการดูแลใน 1 วันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในการดูแล (r =0.234, p <0.05) และระยะเวลาชั่วโมงในการดูแลใน 1 วันมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว (r =0.268, p <0.01) ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอยู่ในระดับความสัมพันธ์ และไม่เกิน 0.75 ซึ่งแสดงว่า จะไม่เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) (Hinkle D.E.1998, p.118) สามารถนำไปทดสอบการทดถอยพหุต่อไปได้

ตารางที่ 4 แสดงความสามารถในการทำนายความถูกต้องของสมการ

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.449[a]	.201	.150	0.40672

จากตารางที่ 4 แสดงความสามารถในการทำนายหรืออธิบายปัจจัยหรือตัวแปรอิสระ โดยได้ค่า R Square เท่ากับ 0.201 หมายความว่าโมเดลหรือปัจจัยดังกล่าวนี้สามารถอธิบายตัวแปรอิสระ คืออายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว โดยมีตัวแปรตามคือ ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ 20.1 โดยมีความแปรปรวนอีกร้อยละ 79.9 ที่ต้องอธิบายด้วยปัจจัยอื่น

ตารางที่ 5 แสดงความเหมาะสมของโมเดลโดยการทดสอบด้วยโมเดลอโนวา (Model ANOVA[a])

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3.874	6	.646	3.903	.002[b]
	Residual	15.384	93	.165		
	Total	19.258	99			

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นการทดสอบ โมเดล อโนวา ประกอบด้วยสัดส่วนของข้อมูลที่อธิบายได้และอธิบายไม่ได้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) แสดงว่าโมเดลนี้มีความเหมาะสมในการทำนาย

ตารางที่ 6 แสดงค่า β ของตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
ค่าคงที่	2.082	.257		8.098	.000		
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (X_1)	-.065	.051	-.124	-1.268	.208	.892	1.121
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (X_2)	-.103	.059	-.181	-1.739	.085	.790	1.265
สัมพันธภาพในครอบครัว (X_3)	-.144	.055	-.278	-2.611	.011	.758	1.320
อายุ(X_4)	.327	.003	.002	.017	.986	.933	1.072
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(X_5)	.005	.006	.080	.835	.406	.933	1.072
จำนวนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน(X_6)	.002	.005	.034	.347	.730	.891	1.122

$$\hat{y}=2.082-0.144\ X_3$$

แทนค่าเท่ากับ

ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท=2.082-0.144 สัมพันธภาพในครอบครัว

จากตารางที่ 6 แสดงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งงานวิจัยนี้พบหนึ่งปัจจัย คือ สัมพันธภาพในครอบครัว (β = - 0.278, $p < 0.05$) นำมาเขียนเป็นสมการได้ดังนี้ ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท=2.082-0.144 สัมพันธภาพในครอบครัว หมายความว่า เมื่อสัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน ภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทจะลดลง .194 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นบิดา/ มารดา เป็นเครือญาติที่ใกล้ชิดที่ต้องมีภาระการดูแลร่วมกับภาระในหน้าที่การงานและครอบครัวของผู้ดูแล จึงทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นมาซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรจนา บุญกระโทก (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมในระดับการรับรู้ที่ไม่เป็นภาระ ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็น บิดาและมารดา ซึ่งทำให้การรับรู้ภาระการดูแลที่ได้ไม่สอดคล้องกัน อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจากค่าเฉลี่ยระยะเวลาอยู่ที่ 4.85 ปีอาจทำให้ผู้ดูแลมีความอ่อนล้าจากอายุที่เพิ่มขึ้นและภาระความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งยังอาจเนื่องมาจากไม่มีผู้ช่วยดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีใครมาแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับGeorge & Dwyther (1986) ที่กล่าวว่าความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์รู้สึกรับภาระหนักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลใน ครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

ผลการวิจัยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่โดดเดี่ยวมีผู้ช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาทภาระหน้าที่ หรือสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายตอบกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของ (Neuman, 2002) ได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวจัดเป็นองค์ประกอบของระบบบุคคลในส่วนของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นบิดา/ มารดาที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันและเป็นผู้ดูแลหลักทำให้มีความรัก ความผูกพัน รักใคร่ปรองดองกัน นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัวยังเป็นปัจจัยพื้นฐานของระบบครอบครัวที่มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบสำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Orem, 1995) สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแประสบผลสำเร็จและทำให้รู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการดูแลมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อายุต่างกันไม่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเทียนทอง หาระบุตรและเพ็ญนภา แดงต้อมยุทธ (2555) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งสำคัญในกลไกศักยภาพของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและการเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆ และทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986) อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลเป็นผู้พาผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล จึงได้รับคำแนะนำและเสริมแรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยแต่เป็นการกระทำที่ต้องกระทำต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานการมีสมรรถนะแห่งตนเองก็อาจเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยได้

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง (M=20.02) รวมทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่และมีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 4.85 ปี จึงทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถพัฒนาทักษะในการดูแลให้มีประสิทธิภาพได้และผู้ดูแลมีโอการในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลจากคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จากการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดและการติดตามเยี่ยมบ้าน จึงทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการสั่งสมความรู้และประสบการณ์จากการเรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในระยะเวลาหนึ่งเมื่อวันเวลาผ่านไปจะทำให้บุคคลเรียนรู้ความเป็นจริงมากขึ้น (Orem, 2001 อ้างถึงในเทียนทอง หาระบุตรและเพ็ญนภา แดงต้อมยุทธ, 2555)

ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถรักษาพลังใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 4.35 ปี และผู้ดูแลทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัว โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่นานอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัว เข้าใจ และเรียนรู้พฤติกรรมและอาการเตือนทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ นอกจากนี้ความผูกพันทางสายโลหิต ความรัก ความเอื้ออาทรและความห่วงใย ทำให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นไปด้วยความรัก ความเมตตาและความใส่ใจ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าน้อยหรือมากจึงไม่มีผลต่อภาระการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทียนทอง หาระบุตรและเพ็ญนภา แดงต้อมยุทธ์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากมีผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกเป็นจำนวนมาก อาจทำให้แพทย์และพยาบาลไม่มีเวลามากพอในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีครอบคลุมผู้ป่วยทุกคนได้ ควรมีการกำหนดนโยบายให้มีการจัดกิจกรรมในการเสริมสร้างสัมพันธ์ในครอบครัวให้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในระดับปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มากขึ้น โดยใช้การควบคุมกำกับการรักษาด้วยระบบ Telepsychiatry เพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยในการพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

2. บุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า **มีความแปรปรวนอีกร้อยละ 79.09 ที่ต้องอธิบายด้วยปัจจัยอื่น** ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวแปรอิสระ เช่น ลักษณะของการประกอบอาชีพ ความสามารถในการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ระดับความเชื่อทัศนคติ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม **พฤติกรรมการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น**

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2564). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564**.นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

เทียนทอง หาระบุตร. (2555). **ปัจจัยตัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพรัตน์ ไชยชำนิ. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปัณพร เพ็งที. (2553). **การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดตราบาปในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก.** วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544). **รูปแบบการทำนายภาระของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ดูและผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต**,** สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี** (พิมพ์ครั้งที่ 10).กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. (2564). **รายงานประจำปีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด.** สมุทรสงคราม : โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.

สายใจ พัวพันธ์. (2553). **ทฤษฎีการพยาบาล: ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัตสัน.** ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุพัฒนา สุขสว่าง และคิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). **ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท.** นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bandura, A. (1986). **Social foundation of thought and action: A social cognitive theory**. New Jersey: Prentice-Hall.

D. E. Hinkle (1998). **Applied Statistics for the Behavioral Sciences**. Boston: Houghton Mifflin.

George, L. K., & Dwyther, L. p. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. **The Gerontologist,** 26(8), 253-259.

Leggett, A. N., Zarit, S., Tayior, A., & Galvin, J. E. (2010). *Stress and burden among caregivers of patients with lewy body dementia.* **The Gerontologist**, 51(1),76-85**.** doi: 10.1093/ geront/ gnq055

Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review research study. **Journal of Advance Nursing**, 27(10), 284-255.

Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations,** 34(5), 19-26

Neuman, B. (2002). **The Neuman system model (4th ed.).** Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Orem, D. E. (1995). **Nursing: Concepts of practice (5th ed.).** St. Louis: Mosby.

Reinhard, S. C., & Harwitz, A. V. (1995). Caregiver burden: Differentiating the content and consequences of family caregiving. **Journal of Marriage and the Family,** 57 (8), 741-750.

Thorndike, R. M. (1978). **Correlation procedures for research**. New York: Gardner Press.