



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

อภิวาท ศรีกาสิ* และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตรา อาการทางบวก และอาการทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย แบบวัดความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้การถูกตีตรา แบบประเมินอาการทางบวก และแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: ระดับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน พบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 11.02$, $SD = 10.83$) ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้เฝ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.36$, $SD = 8.06$) และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 13.45$, $SD = 9.64$) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเหนื่อยหน่ายมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้ สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.378$ และ $-.154$ ตามลำดับ) อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .305$) อาการทางบวกของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .509$) ภาระการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .779$ และ $.711$ ตามลำดับ) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .819$) เพศและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์

สรุป: ผลการวิจัยสามารถนำไปวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ: ความเหนื่อยหน่าย/ คู่ชีวิต/ ผู้ป่วยโรคจิตเภท

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(3) : 86-98

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

Email: dnayus@yahoo.com



Factors Related to Burnout of Spouses of Schizophrenic Patients

Apiwart Srikasi* Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: To study burnout of spouses of schizophrenic patients, and to investigate relationship between gender, duration of care, stress, social support, marital relationship, spouse burden, affiliate stigma, positive syndrome, and negative syndrome, and burnout of spouses of schizophrenic patients.

Design: Descriptive correlation research study

Method: The sampling consisted of 180 spouses of schizophrenic patients who received follow up in Psychiatric Hospital, and Psychiatric Outpatient Department at the hospital, Bangkok area. The research instruments were demographic questionnaires, Maslach Burnout Inventory, Stress Questionnaires, Social support questionnaires, Marital Adjustment Test, Spouse burden scale, Affiliate stigma scale, Positive Syndrome scale, and Negative Syndrome scale. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson product-moment correlation coefficient.

Results: Burnout in spouses of schizophrenic patients was assessed in three dimensions. Emotional exhaustion was at a low level ($\bar{X} = 11.02$, $SD = 10.83$), depersonalization was at a moderate level ($\bar{X} = 6.36$, $SD = 8.06$), and perceived personal accomplishment was at a high level ($\bar{X} = 13.45$, $SD = 9.64$). Factors significantly related to burnout at the $p < .05$ level were as follows: marital relationship and social support had a significant negative correlation ($r = -.378$, $r = -.154$, respectively). Negative syndrome ($r = .305$), positive syndrome ($r = .509$), spouse burden ($r = .779$), affiliate stigma ($r = .711$), and stress ($r = .819$) had significant positive correlations. Gender and duration of care had no correlation with burnout in spouses of schizophrenic patients.

Conclusion: The results of this research can inform the planning of activities to mitigate the factors related to burnout in spouses of schizophrenic patients.

Keywords: Burnout/ Spouses/ Schizophrenic patients



บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเรื้อรังและรุนแรงโดยโรคนี้จะมีลักษณะของการบิดเบือนในด้านความคิด การรับรู้อารมณ์หรือความรู้สึกและพฤติกรรมที่ผิดจากความเป็นจริง ในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติของกรมสุขภาพจิตพบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภท ช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 283,065, 284,273 และ 314,250 รายตามลำดับ¹ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น โดยกรมสุขภาพจิตมีนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากยิ่งขึ้นและให้มีระยะเวลาการรักษาตัวที่โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด² ซึ่งภายหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อมาดูแลต่อเองที่บ้าน ผลกระทบของการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเหนื่อยหน่ายที่สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ใกล้ชิด เช่น สามีหรือภรรยา ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยลดลง ประกอบกับโรคจิตเภทเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดำรงชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ และไม่ค่อยยอมรับการรักษา แม้ว่าการจะกำเริบบ่อยครั้งก็ตาม³

คู่ชีวิต คือ ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันโดยเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนที่มีความรักต่อกัน มีความปรารถนาจะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันเป็นสามีและภรรยา⁴ เมื่อคู่ชีวิตเกิดการเจ็บป่วยทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว บางครอบครัวต้องประสบปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิมเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสิ้นหวัง และเกิดภาวะความเหนื่อยหน่ายและนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁵ การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะเป็นการเพิ่มความรับผิดชอบให้กับอีกฝ่าย ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย เนื่องจากในบุคคลที่มีคู่ชีวิตมีปัญหาโรคเรื้อรัง คู่ชีวิตจะกลายเป็นผู้ดูแลหลักลำดับแรก⁶ การดูแลโดยคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะบทบาทที่เฉพาะเจาะจงมีความผูกพันทางใจที่ลึกซึ้ง

ซับซ้อนและมีความแตกต่างจากผู้ดูแลกลุ่มอื่น หากไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทระยะยาวได้อาจนำไปสู่การแยกทางหรือหย่าร้าง^{7,8}

ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหมายถึง สภาวะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รู้สึกหมดหวังขาดความสนใจ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิตทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงอันเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท⁹

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบมีการศึกษาปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลหลัก ในลักษณะต่าง ๆ และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ บุคลิกภาพ ความเครียด ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล⁹ นอกจากนี้ ประสิทธิภาพการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ส่งผลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของคู่ชีวิตและปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยด้านเพศ ความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) และการรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการเกิดความเหนื่อยหน่ายได้¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า ยังไม่มีการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมาก่อน ซึ่งปัจจัยที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะไม่ซ้ำกันมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นกับประสิทธิภาพการดูแลของคู่ชีวิตแต่ละคนและการวิจัยที่ผ่านมาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต เช่น เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิตความเครียด^{7,8,9} การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต^{5,6,8} ในด้านผู้ป่วยปัจจัยที่พบมีอาการทางบวกและอาการทางลบเข้ามาเกี่ยวข้อง¹¹ ซึ่งปัจจัย



เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกนำมาศึกษาเพราะพบว่าส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตและมองเห็นภาพความสัมพันธ์ของคู่สมรสที่แตกต่างจากความสัมพันธ์อื่นที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามในส่วนของปัจจัยที่ผู้วิจัยยังไม่นำมาศึกษาครั้งนี้ เช่น แบบแผนการนอน ภาวะซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ แม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตแต่ยังไม่มีการวิจัยที่สนับสนุนเพียงพอว่ามีความสัมพันธ์และความสอดคล้องตามบริบทของสังคมไทย การศึกษานี้ได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการให้การพยาบาลช่วยจัดการความเหนื่อยหน่ายและพัฒนาการดูแลผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตรา อาการทางบวก อาการทางลบ

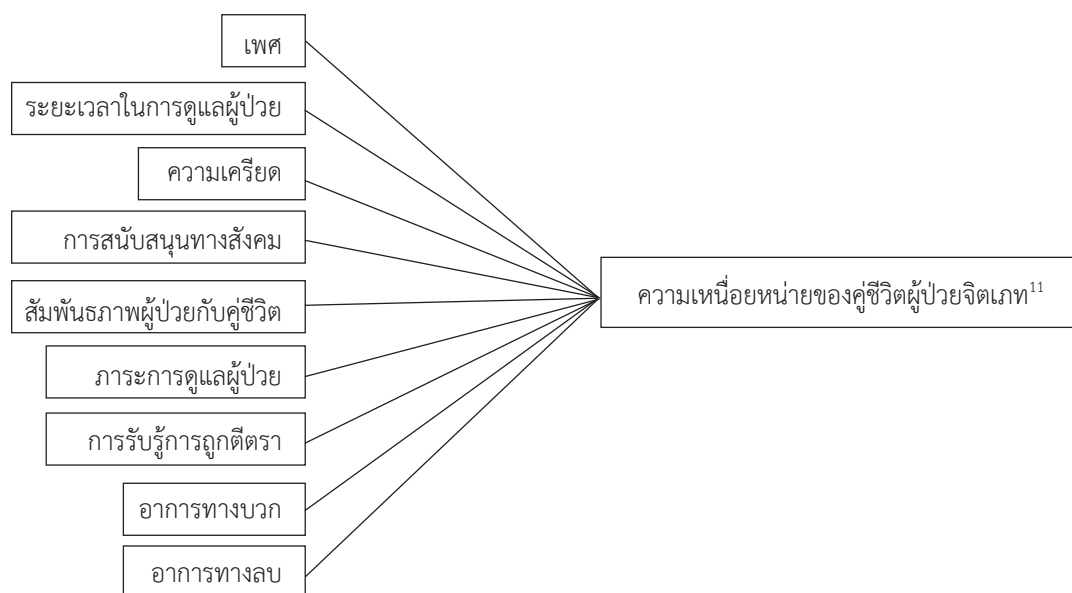
ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. ความเครียด ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท
3. สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับโรคจิตเภท และในกลุ่มผู้ดูแลที่มีคู่ชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการของ Thorndike ได้จำนวน 150 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน จากนั้นหาข้อมูลสถิติ ผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2562-2564 ของโรงพยาบาลทั้งสองแห่งพบว่า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีจำนวนผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 21,817 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวนผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 713 คน จากนั้นจึงคำนวณต่อโดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์เพื่อหาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม โดยมีเกณฑ์พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 2) มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (จิตหะเบียนและไม่จิตหะเบียนสมรส) ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้ง 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หมายเลขรับรอง 694/64 ระหว่างวันที่ 28 กันยายน 2564 ถึง 27 กันยายน 2565 และสถาบัน

จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หมายเลขรับรอง SD.IRB. SUBMIT 022/2564 ระหว่างวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง 21 สิงหาคม 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด ในระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและเป็นไปในเชิงวิชาการและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบด้วยตนเอง ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท Maslach Burnout Inventory (MBI)¹² พัฒนาโดย มยรี กลัฟวังก์ และคณะ⁹ แบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) 8 ข้อ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (depersonalization) 5 ข้อ และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (personal accomplishment) 8 ข้อ การแปลผล จะแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านออกเป็นระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.94 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85



ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด แบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็นคำถามทางบวก 22 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ การแปลผลแบ่งเป็นระดับความเครียด 3 ระดับ คือ ความเครียดระดับต่ำ ความเครียดระดับปานกลาง และความเครียดระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามมีทั้งหมด 24 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 5 ด้าน คือ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้ยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินสิ่งของและการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การแปลผล แบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางและได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพของคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อประกอบด้วยมิติในการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน ความเห็นพ้องของคู่ชีวิต ความปรองดองของคู่ชีวิต และความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคู่ชีวิต การแปลผลจะแบ่งสัมพันธภาพในชีวิตคู่เป็น 2 กลุ่ม คือ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่มั่นคง และจัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่ไม่ดี มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระการดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามมีทั้งหมด 24 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 2 ด้าน คือ ด้านภาระเชิงปรนัย 12 ข้อ และด้านภาระเชิงอัตนัย 12 ข้อ การแปลผล แบ่งเป็น

ภาระ 5 ระดับ คือ มีภาระในการดูแลมากที่สุด มีภาระในการดูแลมาก มีภาระในการดูแลปานกลาง มีภาระในการดูแลน้อย และมีภาระในการดูแลน้อยที่สุด มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ตราบาปแบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบบสอบถามแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านความคิด (cognitive) และด้านพฤติกรรม (behavioral) การแปลผลแบ่งการรับรู้ตราบาป 2 กลุ่ม คือ มีตราบาปมาก และมีตราบาปน้อย มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 8 แบบประเมินอาการทางบวกผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย PASS-T เครื่องมือนี้ได้รับการเลือกเอาข้อคำถามต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการ Positive ของโรคจิตเภท เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการต่างๆ โดยผู้ประเมินจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงทางจิตเภทการให้คะแนนสำหรับระดับความรุนแรงทั้ง 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละข้อจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 9 แบบประเมินอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย NASS-T เครื่องมือนี้ได้รับการเลือกเอาข้อคำถามต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการ Negative ของโรคจิตเภท เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการต่าง ๆ โดยผู้ประเมินจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงทางจิตเภทการให้คะแนนสำหรับระดับความรุนแรงทั้ง 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละข้อจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82



ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2566 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขอคำปรึกษาในการวางแผนเก็บข้อมูลร่วมกันตามนโยบายของหน่วยงานเนื่องจากเป็นช่วงแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19
3. ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. นำแบบประเมินดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ Statistical package for the social science (SPSS) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ

สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson 's Correlation Coefficient) และสถิติทดสอบที Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช มีจำนวน 180 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 มีอายุเฉลี่ย 44.79 ปี เป็นกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลางมีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 65.5 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 8.06 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.7 และประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 43.9

ส่วนที่ 2 ระดับความเหนื่อยหน่าย จากการศึกษาพบว่า ระดับความเหนื่อยหน่าย 3 ด้าน ด้านการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคู่อุปถัมภ์สัมพันธภาพในชีวิตคู่ คิดเป็นร้อยละ 67.22 ($\bar{X} = 98.13$ SD = 33.77) ความเครียดของคู่อุปถัมภ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55 ($\bar{X} = 63.68$ SD = 24.27) การสนับสนุนทางสังคมของคู่อุปถัมภ์ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.89 ($\bar{X} = 73.31$ SD = 4.22) ภาระการดูแลผู้ป่วยของคู่อุปถัมภ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 ($\bar{X} = 54.57$ SD = 23.31) การรับรู้การถูกตีตราของคู่อุปถัมภ์ผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้การถูกตีตรามีตราบาปน้อย คิดเป็นร้อยละ 80 ($\bar{X} = 40.57$ SD = 17.68) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเด่นกลุ่มอาการทางบวก คิดเป็นร้อยละ 12.78 ($\bar{X} = 8.62$ SD = 4.85) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเด่นกลุ่มอาการทางลบ คิดเป็นร้อยละ 87.22 ($\bar{X} = 11.46$ SD = 5.49)



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180)

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ชาย	109	1.68	.747	1.38	.334
หญิง	71	1.53	.733		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคูชีวิต	-.378*	.000	ระดับต่ำ
2. ความเครียด	.819*	.000	ระดับสูงมาก
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.154*	.039	ระดับต่ำมาก
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	.061	.417	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ภาระการดูแลผู้ป่วย	.779*	.000	ระดับสูง
6. อาการทางลบ	.305*	.000	ระดับต่ำ
7. อาการทางบวก	.509*	.000	ระดับปานกลาง
8. การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต	.711*	.000	ระดับสูง

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ตามสมมติฐานการวิจัย จากตารางที่ 1 และตารางที่ 2 สรุปผลได้ดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของ

คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

3.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.2.2 สัมพันธภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคูชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r = -.378$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าสัมพันธภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคูชีวิตดี จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง



3.2.3 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูงมาก ($r = .819$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าคู่วิตเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับต่ำ ($r = -.154$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าคู่วิตมีการสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง

3.2.5 ภาวะการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ($r = .779$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าคู่วิตมีการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.6 การรับรู้การถูกตีตราของคู่วิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ($r = .711$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าคู่วิตมีการรับรู้การถูกตีตราเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.7 อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับปานกลาง ($r = .509$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางบวกเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.8 อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r = .305$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางลบเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

ความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท
พบว่า ความเหนื่อยหน่ายด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของ

ผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคู่วิตส่วนใหญ่ที่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมาเป็นระยะเวลานานจากการศึกษาของ Mayuree Klubwong et al.⁹ พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสั้น เพราะวัยวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้นจะทำให้คู่วิตมีการปรับตัว มองโลกกว้างไกลและสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพของคู่วิตผู้ป่วยจิตเภทมีความผูกพันทางใจที่ลึกซึ้ง ซบซึ้ง มีความแตกต่างจากผู้ดูแลกลุ่มอื่น จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความอดทนและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ สามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้⁵

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 เพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายสามารถเกิดความเหนื่อยหน่ายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งในสังคมปัจจุบันเพศหญิงและเพศชายมีความเท่าเทียมกันในด้านกฎหมาย การศึกษา อาชีพและสังคม สอดคล้องกับ Demirbas & Kizil¹⁸ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ($r = .061$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับ Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen⁵ ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อย



หน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากไม่ว่าระยะเวลาใดก็ไม่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายได้ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Mayuree Klubwong et al.⁹ พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเป็นส่งผลต่อความเหนื่อยหน่าย ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยนานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยในเวลาระยะสั้น เพราะวัยวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้มากขึ้น มองโลกกว้างไกลและสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น¹⁰

2.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต

พบว่า สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคูชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r=-.378$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ส่งผลกระทบกับการปรับตัวของคู่สมรสมากที่สุด¹⁸ หากคูชีวิตมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดี ก็สามารถให้การดูแลได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีโดยไม่สร้างปัญหาให้สังคม

2.4 ภาวะเครียด พบว่า ความเครียดมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูงมาก ($r=.819$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คูชีวิตที่มีบุคลิกภาพต่างกันจะส่งผลให้เกิดความเครียดที่แตกต่างกัน หากคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับตัวที่ไม่ดี สามารถส่งผลเกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งหากคูชีวิตยังเกิดความเครียดมาก ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายมากตามขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen⁵ ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.5 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า การ

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r=-.154$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ด้วยบริบทสังคมไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในบ้านหลากหลาย

ช่วงวัย เมื่อคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทได้รับกำลังใจ การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือคนรอบข้าง การสนับสนุนจากสังคม และบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข จะช่วยให้คูชีวิตเกิดความรู้สึกปลอดภัย เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง สอดคล้องกับการศึกษา Demirbas & Kizil¹⁸ พบว่า หากคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้คูชีวิตรู้สึกอบอุ่นใจในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย มีกำลังใจซึ่งการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายลดลง

2.6 ภาระการดูแลผู้ป่วย พบว่า ภาระการ

ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ($r=.779$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย การที่คูชีวิตต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มจากบทบาทเดิมของคูชีวิต คูชีวิตต้องปรับตัวหลายด้าน ใช้ความพยายามเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม ส่งผลให้คูชีวิตรู้สึกยากลำบาก เกิดภาระเพิ่มขึ้นกับตัวเอง ก่อให้เกิดความเครียดและเกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มมากขึ้น

2.7 การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต พบว่า

การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ($r=.711$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย การที่คูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทต้องเพิ่มบทบาทจากการเป็นคนรัก สู่บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดการรับรู้ถึงความแตกต่างของคูชีวิตของตนเองที่ไม่เหมือนคนอื่น การรับรู้ได้ถึงการแสดงออกของคนในสังคมถึงความไม่เข้าใจ การไม่ยอมรับ การปฏิเสธ ทำให้รู้สึกไม่ติดต่อ ปฏิกริยาในแง่ลบที่คนในสังคมแสดงออกมา จึงเกิดการปรับตัวขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม มีการจำกัดการดำเนินชีวิตภายในสังคมตัวเองและครอบครัว ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดจนความรู้สึกถูกตีตราจากความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย^{8, 9, 17} ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิดภายใน



ตนเอง เกิดความเครียด ด้วยข้อจำกัดที่หลากหลาย เกิดการรับรู้การถูกตีตราที่มากขึ้น จึงทำให้คู่ชีวิตเกิดความเหนื่อยหน่ายมากขึ้น

2.8 อาการทางบวก พบว่า อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับปานกลาง ($r=.509$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกมากส่งผลให้คู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทเหนื่อยหน่ายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mayuree Klubwong et al.⁹ พบว่า ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายเนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง รวมทั้งทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นเช่นเดียวกับการศึกษาของ Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen⁵ ที่พบว่า อาการทางบวกของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยหน่าย เนื่องจากอาการทางจิตที่รุนแรง จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยหน่ายได้

2.9 อาการทางลบ พบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ($r=.305$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบมากส่งผลให้คู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทเหนื่อยหน่ายมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน อาการที่พบเป็นอาการทางลบซึ่งเป็นอาการเรื้อรังของโรคจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen⁵ เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการพบปะกันที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกือบทุกด้าน จึงต้องเผชิญกับอาการทางลบและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมแยกตัว ซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรม ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกขั้วรมาณ เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับความเหนื่อยหน่าย ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ควรจัดโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมให้คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้ เข้าใจ และเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วย

2. ปัจจัยความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในระดับที่สูงมาก ดังนั้น ทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรส่งเสริมการบำบัดลดความเครียด จัดกิจกรรมให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการจัดการความเครียด และการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงการทํานาย ที่ทำนายปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อาจเพิ่มเติมปัจจัยจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เช่น ความเข้มแข็งทางใจ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นต้น

2. การวิจัยครั้งนี้พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายกับคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมช่วยบรรเทาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภท คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวของผู้ป่วยทุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลา และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจนลุล่วงไปด้วยดี



Reference

1. Department of mental health. Reports of patients receiving psychiatric services. 2566. Retrieved 4 March 2023 from <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/> (in Thai)
2. Department of mental health. Department of Mental Health Strategic Plan During the 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2021) and the Department of Mental Health Policy for the year 2017-2018. Nonthaburi: Bureau of Mental Health Strategy Department of Mental Health. 2016. (in Thai)
3. Manote Lotrakul & Pramote Sukanich. 2015. Ramathibodi Essential Psychiatry. Fourth Edition. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. 2015. 640 pages. (in Thai)
4. Rapeepong Youngwarasawasd, Pongpan Kirdpitak & Prasarn Malakul Na Ayuthaya. The integrative family counseling model for enhancing couple marital success. Journal of Education Research Faculty of Education, Srinakharinwirot University. 2016; 10(1): 130-175. (in Thai)
5. Kanya Sritawan & Ratchaneekorn Upasen. Selected factors related to burnout in caregiver of persons with schizophrenia in community. Journal of the royal Thai army nurses. 2017; 18(1): 308-322. (in Thai)
6. Sansanee Treesarn. Happiness of schizophrenic patient's couple. [Individual study]: Thammasat University; 2010. (in Thai)
7. Lawn, S., & McMahon, J. (2014). The Importance of Relationship in Understanding the Experiences of Spouse Mental Health Carers. Qualitative Health Research, 24 (2), 254–266.
8. Seeman, M. V. (2013). Bad, burdened or ill? Characterizing the spouses of women with schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry, 59(8), 805–810.
9. Mayuree Klubwong, Pachongchiit Intasuwan, Wiladlak Chuawanlee, Nuntika Thaviichachart. Factors affecting burnout and care behavior of caregiver of schizophrenic patients. The Journal of Behavioral Science. 2009; 15(1): 57-75. (in Thai)
10. Asghar A, Majeed S, Malik F. Psychological Distress, Affiliate Stigma and Burnout in Caregivers of Patients with Schizophrenia. International Journal of Social Sciences & Educational Studies. 2018; 5(2): 73-85.
11. Maslach C, Susan E J. The measurement of experienced burnout. JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR. 1981;2: 99-113.
12. Locke, H.J., & Wallace, K.M. (1959). Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their Reliability and Validity. Marriage and family living, 21(3), 251-255
13. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38(5): 300-314.
14. Pornchai Jullamate & Yupin Thanatwanich (2001). Stress and coping of caregivers of stroke patients. The Journal of



- Faculty of Nursing Burapha University, 9, 32-46. (in Thai)
15. Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985) Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(5): 19-26
16. Mak, W. W., & Cheung, R. Y. M. (2010). Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: Conceptualization and unified measurement. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2): 267-281.
17. Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
18. Demirbas, H., & Kizil, E. T.A.O. (2017). Burnout and Related Factors in Caregivers of outpatients with Schizophrenia. *Insights on the Depression and Anxiety.*, 1, 01-11.