บทความวิจัย

The Relationship between Positive Aspects of Caregiving, Burden of Care and Coping with Stress Among Caregivers of People with Mental Illness in the Community

Received: Nov 11, 2024
Revised: Apr 11, 2025
Accepted: Apr 17, 2025

Nisakorn Pothimas, Ph.D.[1]
Sangduan Apiratanawong, Ph.D.[2]
Worawan Tipwareerom, Dr.P.H.[3*]

Abstract

Introduction: Providing long-term care for individuals with mental illness can place a significant burden on caregivers, leading to stress, reduced motivation, and difficulties in effectively supporting those with the illness. As a result, caregivers may develop a negative attitude toward their caregiving role.

Research objectives: This study aimed to examine the relationships among aspects of caregiving, burden of care and coping with stress among caregivers of individuals with mental illness in the community settings.

Research methodology: This study employed a correlation research design. A total of 123 caregivers were selected using a stratified random sampling technique. Data were collected using four instruments, including a demographic data questionnaire, the Positive Aspects of Caregiving Questionnaires, a 12-item Zarit Burden Interview, and a copig with stress questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman rank correlation coefficient.

Results: All participants reported a moderate level of coping with stress. Of these, 58.50% perceived a moderate level of care burden, and 91.90% reported high positive aspects of caregiving. A weak positive correlation was found between the burden of care and positive aspects of caregiving ($r = .20$, $p < .05$). Coping with stress was negatively and significantly correlated with the burden of care ($r = -.42$, $p < .01$). No correlation was observed between positive aspects of caregiving and coping with stress ($r = -.13$, $p = .15$).

Conclusion: Caregivers of individuals with mental illness reported a high level of positive aspects of caregiving. Nonetheless, the burden of care was associated with these aspects, and it was negatively correlated with coping with stress.

Implication: This study suggests developing a program aimed at enhancing coping skills among caregivers of individuals with mental illness to foster resilience in caregiving and, in turn, promote the positive aspects of caregiving.

Keywords: positive aspects of caregiving, burden of care, coping with stress, caregivers of persons with mental illness

---

Funding: Faculty of Nursing Naresuan University

[1]Assistant Professor, Email: nisakonp@nu.ac.th

[2]Lecturer, Email: sangduana@nu.ac.th

[3]Corresponding author: Associate Professor, Email: worawant@nu.ac.th*

[1-3]Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand.

ความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

Received: Nov 11, 2024
Revised: Apr 11, 2025
Accepted: Apr 17, 2025

นิศากร โพธิมาศ ปร.ด.[1]
แสงเดือน อภิรัตนวงศ์ ปร.ด.[2]
วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ ส.ด.[3*]

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ไม่มีกำลังใจในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยทางจิตได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต จำนวน 123 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินมุมมองทางบวกในการดูแล แบบประเมินภาระการดูแลฉบับ 12 ข้อ และแบบประเมินการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.90 มีการเผชิญความเครียดและมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 และ 58.50 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = .20$, $p < .05$) การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแล ($r = -.42$, $p < .01$) การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = -.13$, $p = .15$)

สรุปผล: ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตมีมุมมองทางบวกในการดูแลในระดับสูง ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมุมมองการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียด

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อภาระการดูแลและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต

คำสำคัญ: มุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล การเผชิญความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต

ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: nisakonp@nu.ac.th

[2]อาจารย์ Email: sangduana@nu.ac.th

[3]Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: worawant@nu.ac.th*

[1-3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย

บทนำ

โรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง ทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ[1] ผู้ป่วยทางจิตจึงต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวตลอดช่วงอายุที่มีการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล[2] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความชุกของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเท่ากับร้อยละ 31.67[3] โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง[4] พบว่า ร้อยละ 52.20 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาระการดูแลในระดับปานกลาง เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระจะทำให้เกิดความเครียด[2] เกิดภาวะกดดันทางจิตใจ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความกดดันทางจิตใจที่รุนแรงร้อยละ 60.70[5]

เมื่อเกิดความกดดันทางจิตใจ เกิดความเครียด ผู้ดูแลพยายามจัดการกับความเครียดของตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ หากผู้ดูแลมีวิธีเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ความเครียดมีระดับสูงขึ้นและคงอยู่เป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญความเครียดและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทางจิตลดลง[6] จากการศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 47.10 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา โดยวิธีที่ผู้ดูแลใช้ คือ การวางแผนแก้ปัญหา การเผชิญหน้ากับปัญหา และการแสวงหาบุคคลช่วยเหลือ ส่วนผู้ดูแลอีกร้อยละ 47.10 มีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ซึ่งวิธีที่ใช้บ่อย คือ การเว้นระยะห่าง การหลบหนีหรือหลีกเลี่ยง และดูแลเพียงร้อยละ 5.70 ที่มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ลักษณะร่วมกัน[7] ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีจะเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในการเผชิญความเครียด จะทำให้ความเครียดลดลง ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ เกิดความตั้งใจที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาและให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตได้ ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีที่ได้ทำบทบาทของการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต หรือมีมุมมองทางบวกในการดูแล

มุมมองทางบวกในการดูแลเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลที่รับรู้ถึงประโยชน์ หรือประสบการณ์ที่ดีที่เกิดจากการทำหน้าที่ดูแล โดยผู้ดูแลจะรู้สึกถึงคุณค่าของการเป็นผู้ให้ ผู้เสียสละ เกิดความรู้สึกอิ่มเอมใจในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล[8] ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจปรับตัวและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้การดูแลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น[9-11] แต่ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลจะรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและเกิดความเครียด หากผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมะสม จะทำให้ความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีที่ได้ทำบทบาทของการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิตผู้ดูแลที่มีมุมมองทางบวกจะเป็นผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งและมีพลังในการดำเนินชีวิต และมีแรงจูงใจในการทำบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว มุมมองทางบวกในการดูแลผู้ป่วยทางจิตจึงเป็นประเด็นที่สำคัญและน่าสนใจ อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลจำกัดระหว่าง มุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในบริบทของชุมชน จากสถานการณ์พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า

มีผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังข้อมูล พ.ศ. 2565 – 2567 จากร้อยละ 2.47 เพิ่มเป็นร้อยละ 4.01[12] ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อภาระการดูแลและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

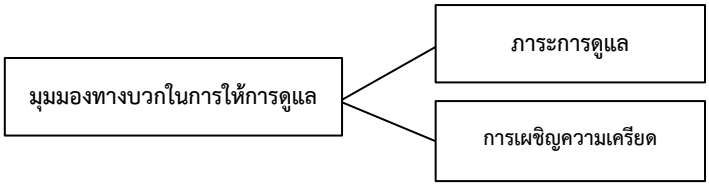
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน โดยใช้แนวคิดภาระการดูแลของซาริท[13] ร่วมกับแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโฟล์คแมน[14] การดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล และก่อให้เกิดความเครียด ผู้ดูแลจะพยายามจัดการกับความเครียดของตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีจะเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในการเผชิญความเครียด จะทำให้ความเครียดลดลง ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ เกิดความตั้งใจที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลสามารถแก้ปัญหาและให้การดูแลผู้ป่วยทางจิตได้ ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีที่ได้ทำบทบาทของการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

มุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชนมีความสัมพันธ์กัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม-มิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงในชุมชน จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ได้กำหนดค่าตามผู้เชี่ยวชาญโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) = .05 อำนาจการทำสอบ (1-β) = .90 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = .3[15] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 112 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10[16] จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 123 ราย ทำการศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 6 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละ รพ.สต. แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยทางจิตตามจำนวนที่คำนวณได้ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี 2) ให้การดูแลผู้ที่ป่วยจิตเวชรุนแรง ได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตเภทแบบอารมณ์แปรปรวน (Schizoaffective disorder) โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depression disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) โรคทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance induce psychotic disorder) อย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือ ค่าตอบแทน 3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีการเจ็บป่วยทางจิต 2) มีโรคทางกายที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวายเรื้อรัง มะเร็งระยะลุกลามหรืออยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ฉายแสง เป็นต้น 3) มีปัญหาทางการมองเห็นที่ทำให้ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ 4) ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยนักวิจัย มีทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว และ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่ป่วยทางจิต

2. แบบประเมินมุมมองทางบวกในการดูแล โดยใช้แบบวัดมุมมองด้านบวกในการดูแล ที่พัฒนาโดย Tarlow และคณะ ในปี 2004 แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ แผนคง[17] มีจำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแล และการมองชีวิตเชิงบวก เครื่องมือเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 5 = เห็นด้วยอย่างมาก) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง มีมุมมองด้านบวกในการดูแลระดับต่ำ 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึง มีมุมมองด้านบวกในการดูแลระดับปานกลาง และ 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีมุมมองด้านบวกในการดูแลระดับสูง ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก ได้เท่ากับ .93

3. แบบประเมินภาระการดูแล โดยใช้แบบประเมินภาระการดูแลฉบับ 12 ข้อ (12 Item-Zarit Burden Interview) ที่พัฒนาโดย Zarit และคณะ ในปี 1980 และพัฒนาเป็นฉบับ 12 ข้อ โดย Bédard และคณะ ในปี 2001 แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ศิลปะกิจ ชัชวาล ศิลปะกิจ และรสสุคนธ์ ชมชื่น[18] มีจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลกระทบ ด้านความเครียด และด้านการเอาใจใส่ เครื่องมือเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (0 = ไม่เคยเลย 4 = แทบทุกครั้ง) คะแนนรวมระหว่าง 0 - 18 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก มีภาระการดูแลสูง ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก ได้เท่ากับ .86

4. แบบประเมินการเผชิญความเครียด โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด ที่พัฒนาโดย สุภาพ หวังข้อกลาง[19] มีจำนวน 20 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ (1 คะแนน = นาน ๆ ครั้ง 5 คะแนน = บ่อยที่สุด) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในระดับไม่ดี 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง และ 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีการเผชิญความเครียดในระดับดี ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาก เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA 263/2023 ลงวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของการศึกษา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังจากที่งานวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง ภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานอาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 6 แห่ง เพื่อนัดกลุ่มตัวอย่างแต่ละพื้นที่ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมของแต่ละ รพ.สต. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งแจกเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เวลากลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจอย่างอิสระด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 40 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนจะนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 123 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.20 ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 28.50 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 66.70 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 52 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.80 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางจิตโดยเป็นพี่หรือน้อง ร้อยละ 56.90 ระยะเวลาที่ดูแลอยู่ในระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 71.50 และรองลงมาคือ ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 21.10

2. กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง (M = 4.35, SD = .55) ภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (M = 15.54, SD = 6.62) มีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง (M = 2.92, SD = .22) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 มุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 123)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
มุมมองทางบวกในการดูแล (M = 4.35, SD = .55, Range = 1.67 - 5.00)		
ระดับต่ำ (1 - 2.33 คะแนน)	1	.80
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	9	7.30
ระดับสูง (3.67 – 5 คะแนน)	113	91.90
ภาระการดูแล (M = 15.54, SD = 6.62, Range = 2 - 42)		
ไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระการดูแลเล็กน้อย (0 - 10 คะแนน)	30	24.40
มีภาระการดูแลปานกลาง (11 - 20 คะแนน)	72	58.50
มีภาระการดูแลสูง (> 20 คะแนน)	21	17.10
การเผชิญความเครียด (M = 2.92, SD = .22, Range = 2.45 - 3.50)		
ระดับไม่ดี (1 - 2.33 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	123	100
ระดับดี (3.67 - 5 คะแนน)	0	0

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = .20$, $p < .05$) การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = -.13$, $p = .15$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียด (n = 123)

ตัวแปร	มุมมองทางบวกในการดูแล		
	r	P	ระดับความสัมพันธ์
ภาระการดูแล	.20*	.027	ต่ำมาก
การเผชิญความเครียด	-.13	.146	ต่ำมาก

*p <.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ระดับของมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลให้ความหมายหรือมีมุมมองต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิตในเชิงบวก โดยผู้ดูแลรู้สึกถึงประโยชน์ของตนเอง และประสบการณ์ที่ดีที่ได้รับจากการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นพี่หรือน้องกับผู้ป่วยทางจิต ซึ่งจากบริบทไทยเป็นสังคมพุทธที่มีอิทธิพลต่อมุมมองความคิดของพุทธศาสนิกชน ที่ช่วยหล่อหลอมให้ทุกคนสร้างและสะสมกรรมดีผ่านการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น[20] รวมถึงวัฒนธรรมของครอบครัวที่มองว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจะมีการดูแลซึ่งกันและกัน[21] เมื่อได้ทำหน้าที่ในการดูแลก็จะเกิดความรู้สึกดีกับตนเอง รวมทั้งได้รับคำชื่นชมจากคนในสังคม

จะรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล[20] ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.15, SD = .49)[7]

ภาระการดูแล ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้จากลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิตเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตกำเริบได้ทุกช่วงของการรักษา ทุกครั้งที่มีอาการทางจิตกำเริบจะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน รวมถึงภาระจากค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและการว่างงาน ซึ่งเป็นภาระที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ ทำให้ต้องแบกภาระเพิ่มขึ้น[4] ต้องแบ่งเวลาในการให้การดูแลผู้ที่ป่วยทางจิตและการทำงานของตนเอง รู้สึกสูญเสียการมีชีวิตตามปกติ ต้องใช้พลังและการจัดสรรเวลาอย่างมากในการดูแลผู้ที่ป่วยทางจิตเป็นเวลาหลาย ๆ ปี ส่งผลทำให้เกิดเป็นภาระหนักในการดูแล[22] อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่ป่วยทางจิต ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่ารู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีความเป็นส่วนตัวและไม่มีเวลาเป็นของตัวเองเพียงบางครั้งเท่านั้น ผู้ดูแลจึงมองว่าไม่ได้เป็นภาระหนักมากสำหรับตนเอง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงมีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ที่ป่วยทางจิตรุนแรง พบว่า ส่วนใหญ่มีภาระการดูแลในระดับปานกลาง[4]

การเผชิญความเครียด ส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ ลักษณะการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้วิธีการคิดว่าเป็นเพราะเคราะห์กรรม ปล่อยวาง ไม่คิดหมกมุ่น อ้อนวอนขอพลังจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หากมีปัญหารุมเร้ามาก ๆ จะหลบหนีปัญหาไปสักพัก ซึ่งวิธีเผชิญความเครียดหรือเผชิญปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้เป็นลักษณะของการมุ่งจัดการกับอารมณ์ และการหนีปัญหา (Avoidance) ซึ่งการหนีปัญหาเป็นวิธีการจัดการปัญหาหรือเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม[23] สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศอิหร่าน พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลในครอบครัวจะใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) และวิธีที่ใช้มากที่สุดคือการหนีปัญหา (Avoidance)[24] เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบการจัดการความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศมาเลเซีย[25] พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการจัดการความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) มากที่สุด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองทางบวกในการดูแล ภาระการดูแล และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับมุมมองทางบวกในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .20) ซึ่งไม่เป็นตามทฤษฎีสามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.50 มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.90 โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าการดูแลผู้ป่วยทางจิตทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาเป็นของตัวเองเพียงบางครั้งเท่านั้น นอกจากนี้การได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพชุมชนเป็นการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลแก่ญาติ[26] จากแนวคิดภาระการดูแลของซาริท[14] ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีความรู้และทักษะในการดูแล ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจึงมองว่าการดูแลผู้ที่ป่วยทางจิตไม่ได้เป็นภาระมากสำหรับตนเอง อีกทั้งจากบริบทของสังคมไทยที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน[21] เมื่อได้ทำหน้าที่ในการดูแลก็จะเกิดความรู้สึกดีกับตนเอง รวมทั้งการได้รับคำชื่นชมจากคนในสังคม จะรู้สึกว่าตนเอง

มีประโยชน์และมีความสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล[20] จึงทำให้มีมุมมองที่ดีต่อการดูแล ดังนั้นจึงส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับมุมมองทางบวกในการดูแล ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาระการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวก ($r = -.06$, $p = .25$)[27]

การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.42$) อธิบายได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเรื้อรังที่มีผลกระทบอย่างมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาวจากครอบครัว[27] ผู้ดูแลต้องจัดสรรเวลาอย่างมากในการดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียการมีชีวิตตามปกติ ส่งผลทำให้เกิดเป็นภาระหนักในการดูแล[5] จากแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโฟล์คแมน[14] เมื่อผู้ดูแลประเมินการดูแลผู้ที่ป่วยทางจิตว่าเป็นภาระหนักสำหรับตนเองก็จะทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ผู้ดูแลจะพยายามจัดการกับความเครียดของตนเอง เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การแสวงหาวิธีในการลดความเครียด ซึ่งจะใช้วิธีในการจัดการกับความเครียด 2 ลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping)[28-29] โดยผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ ผู้ดูแลมีรูปแบบในการเผชิญกับความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ และใช้วิธีการหลีกหนีปัญหา (Avoidance) ซึ่งเป็นวิธีในการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้ปัญหายังคงอยู่หรืออาจเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากในการจัดการชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยทางจิต ผู้ดูแลจึงมองว่าการดูแลผู้ป่วยทางจิตเป็นภาระหนักสำหรับตนเอง ส่งผลทำให้การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเผชิญกับความเครียดและภาระการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับปัญหาในผู้ดูแลทั้งผู้ป่วยจิตเภทและอารมณ์สองขั้วชนิดที่ 1 ($r = -.29$, $p < .01$)[30]

การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวกในการดูแล ($r = -.13$, $p = .15$) จากผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง ลักษณะการเผชิญความเครียดหรือเผชิญปัญหาเป็นลักษณะของการมุ่งจัดการกับอารมณ์ และใช้วิธีหนีปัญหา (Avoidance) ซึ่งการหนีปัญหานอกจากจะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขแล้ว อาจทำให้ปัญหานั้นลุกลามมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นตามมา[23] อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมองว่าการดูแลผู้ป่วยทางจิตเป็นความยากลำบาก เป็นภาระหนัก แต่อย่างไรก็ตาม ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชนนั้นจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพชุมชน เป็นการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลแก่ญาติ[26] ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการประเมิน ให้ความรู้ คำแนะนำช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในการดูแล จากแนวคิดภาระการดูแลของซาริท[13] ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีความรู้และทักษะในการดูแล ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ความรู้สึกต่อการเป็นภาระลดลง ทำให้ในการศึกษาวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองทางบวกในการดูแลอยู่ในระดับสูง ดังนั้น ผลการศึกษาจึงไม่สอดคล้องกับทฤษฎี ที่กล่าวว่าการเผชิญความเครียดส่งผลให้ไม่มีความสัมพันธ์กับมุมมองทางบวกในการดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพทางด้านสุขภาพจิตสามารถนำข้อมูลการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตไปส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อภาระการดูแลและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อภาระการดูแลและเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถและคุณค่าของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต

References

1. Department Of Mental Health. The manual of caring system for patients with serious mental illness with high risk to violence (smi-v) for institutions/hospitals under the Department Of Mental Health. Bangkok: Prosperous Plus; 2020. (in Thai)
2. Janardhana N, Raghunandan S, Naidu DM, Saraswathi L, Seshan V. Care giving of people with severe mental illness: an Indian experience. Indian Journal Of Psychological Medicine 2015;37(2):184-94.
3. Cham CQ, Ibrahim N, Siau CS, Kalaman CR, Ho MC, Yahya AN, et al. Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Healthcare (Basel) 2022.;10(12):2-16.
4. Thakur V, Nagarajan P, Rajkumar RP. Coping and burden among caregivers of patients with major mental illness. Indian Journal of Social Psychiatry 2022;38(1):63-8.
5. Udoh EE, Omorere DE, Sunday O, Osasu OS, Amoo BA. Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. PLoS ONE 2021;16(5):1-16.
6. Jamman S, Vongsirimas N, Thanoi W. Effectiveness of a stress management program on the psychological well-being in caregivers of schizophrenic patients in community. The Journal of Psychiatric Nursing And Mental Health 2020;34(3):62-76. (in Thai)
7. Janah M, Hargiana G. Levels of stress and coping strategies in family caregivers who treat schizophrenic patients with risk of violent behavior. Journal of Public Health Research 2021;10(s1): 2404.
8. Lawang W, Sunsern R. Positive aspect of caregiving: crucial concepts enhancing family caregivers' strength. Journal of Nursing And Education 2016;9(3):1-9. (in Thai)
9. Phoomphit C, Panuthai S, Thamdee D. Care ability, positive aspects of caregiving and quality of care for dependent older persons. Nursing Journal 2021;48(3):226-36. (in Thai)
10. Pankong O, Pothiban L. Concept of positive aspects of caregiving: adapted in caregivers of older person with dementia. Nursing Journal 2021;45(1):159-70. (in Thai)

11. Pankong O, Yotkhamlue K, Sumridpeam P. Effects of a positive caring aspect enhancement program on positive caring aspects and Well-Being among caregivers of older persons with chronic disease. Nursing Journal CMU 2024;51(1):86-97. (in Thai)
12. Naresuan University Hospital. Medical record data 2022-2024. Hospital Secretary Department, Naresuan University Hospital; 2025. (in Thai)
13. Zarit SH. Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. Handbook Of Clinical Neurology 2008;89:101-6.
14. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
15. Rathachatranon W. Determining an appropriate sample size for social science research: the myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan method. Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies 2019;8(1):11-28. (in Thai)
16. Grove SK, Burn N, Gray JC. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2013.
17. Pankong O. Effectiveness of a program for enhancing positive aspects of caregiving among caregivers of older persons with dementia [doctoral's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2016
18. Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. Journal Of Mental Health of Thailand. 2015;23(1):12-23. (in Thai)
19. Wangkhoklang S. Study of relationship between stress and coping of public health undergraduate students in faculty of public health and health technology at Nakhonratchasima College [master's thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2011 (in Thai)
20. Junpanit A, Lawang W, Toonsiri C. Factors influencing the positive aspects of caregiving among stroke family caregivers. Journal of Nursing And Education 2018;11(2)61-73. (in Thai)
21. Peng MM, Ma Z, Ran MS. Family caregiving and chronic illness management in schizophrenia: positive and negative aspects of caregiving. BMC Psychology 2022;10(83):1-12.
22. Suryani, Ningsih, EW, Nur'aeni A. Knowledge, perception, and burden of family in treating patients with schizophrenia who experience relapse. Belitung Nursing Journal 2019;5(4):162-8.
23. Grover S, Nehra R, Malhotra R, Kate N. Positive aspects of caregiving experience among caregivers of patients with dementia. East Asian archives of psychiatry 2017;27(2):71-8.
24. Rahmani F, Ranjbar F, Hosseinzadeh M, Razavi SS, Dickens GL, Vahidi M. Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: a cross-sectional survey. International Journal of Nursing Sciences 2019;6(2):148-53.
25. Kamarulbahri TMST, Ariaratnam S, Nikmat AW, Abdullah NN, Khing TL. Coping strategies and their associated factors among caregivers of patients with schizophrenia in Kuantan, Malaysia. Frontiers In Psychiatry 2022;13:1-12.
26. National Health Security Office. The manual for caring patients with chronic mental illness in the community for primary health care providers. Bangkok: Sangjankanpim; 2016. (in Thai)

27. Liu YE, Cao G, Li TX, Xi SJ, Yu Y. Caregiving burden and positive aspects of caregiving among family caregivers of people living with schizophrenia: two sides of the same coin. Applied Nursing Research 2022;67:151619.
28. Saritha G, Fatima SN, Sreevaram DM, Anil V. Burden and coping strategies among caregivers of schizophrenia patients: a cross-sectional study. International Journal of Medicine And Public Health 2024;14(3):839-45.
29. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality And Social Psychology 1986;50(3):571-9.
30. Abbaslou T, Farsham A, Bidaki R, Bozorg B. 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 2023;59(7):1-6.