

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

วันรับ : 24 กรกฎาคม 2567
วันแก้ไข : 6 กันยายน 2567
วันตอบรับ : 8 ตุลาคม 2567

พัชรินทร์ บุญเสริม, พย.ม.¹, นุสรณ์ เผ่าหัวสระ, พย.ม.²
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ¹,
โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V)

วิธีการ : การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบทำนายในผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พลังสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการณ์การดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 127 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.5 อายุเฉลี่ย 49.31 ปี ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์การดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.01$, $SD = 0.55$) แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และ พลังสุขภาพจิตสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการณ์การดูแลได้ร้อยละ 68.5 ($R^2 = .685$, $p < .001$)

สรุป : ผู้ดูแลควรได้รับการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และ พลังสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง, พฤติกรรมการณ์การดูแล, พลังสุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ : พัทรินทร์ บุญเสริม; e-mail: bpatta6624@gmail.com

Original article

Factors predicting caregivers' caring behaviors for patients with serious mental illness with high risk to violence in Nongbuadaeng district, Chaiyaphum province

Received : 24 July 2024

Revised : 6 September 2024

Accepted : 8 October 2024

Pattarin Boonserm, M.N.S.¹, Nusra Phaohuasra, M.N.S.²Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum Province¹Nongbuadaeng Hospital, Chaiyaphum Province²

Abstract

Objective: To explore the relationship between psychosocial factors and caring behaviors among caregivers of patients with serious mental illness with high risk to violence (SMI-V).

Methods: A correlational predictive study was conducted among caregivers of patients with SMI-V who received services at Nongbuadaeng Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand, during March and May 2024. The questionnaire consisted of demographic data of caregivers and patients, violence severity scale, and caregivers' resilience, knowledge about mental illnesses, caring role awareness, social support, and caring behaviors. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and multiple linear regression.

Results: The sample consisted of 127 caregivers, 79.5% female, with an average age of 49.31 years. Average caring behaviors were at a moderate level ($M = 3.01$, $SD = 0.55$). Social support, knowledge about mental illnesses, caring role awareness, and resilience together explained 68.5% of the variance in caring behaviors ($R^2 = .685$, $p < .001$).

Conclusion: Caregivers should receive services that enhance social support, knowledge about mental illnesses, role awareness in caring, and resilience to provide appropriate care for patients with SMI-V.

Keywords: caregivers, serious mental illness with high risk to violence, caring behaviors, resilience

Corresponding author: Pattarin Boonserm; e-mail: bpatta6624@gmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) เป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระและมีการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยบกพร่อง

ความรู้ใหม่ : แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแลและพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้ร้อยละ 68.5

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล ความรู้ พลังสุขภาพจิต และแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่พบในประชากร 792 ล้านคนทั่วโลก¹ การสำรวจสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 ประเมินการว่าในช่วง 12 เดือนคนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช 1.7 ล้านคน มีความผิดปกติของพฤติกรรมศาสตร์เสพติด 5.6 ล้านคน และเคยมีประสบการณ์พยายามฆ่าตัวตาย 3.4 แสนคน² นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2.7 ล้านคน³ และในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต 1,080,502 ราย โดยเป็นผู้มีความผิดปกติแบบโรคจิต (psychotic disorders) มากที่สุดจากทุกกลุ่มโรค⁴

โรคจิตเวชที่ไม่ได้รับการจัดการควบคุมอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อกิจกรรมสำคัญในชีวิต รวมทั้งการทำหน้าที่ประจำวัน และมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่โรคทางจิตเวชรุนแรง (serious mental illness: SMI)⁵ ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ในปี ค.ศ. 2012 เป็นร้อยละ 5.44 ในปี ค.ศ. 2019⁶ นอกจากนี้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวชอาจกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high

risk to violence: SMI-V)⁷ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงหรือความประพฤติผิดรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรง ทำให้เกิดการบาดเจ็บ/สับสนขวัญในชุมชน 3) มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย และ 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน และวางเพลิง⁸ ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมที่สังเกตได้ เช่น ตาขวาง พูดเสียงดัง ตำหนิเสียดสี ทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ ทำลายข้าวของ และอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย⁹

การรวบรวมข้อมูลจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 มีจำนวนสะสม 13,194 คน เป็นชายร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 26 - 45 ปี ร้อยละ 52.9 มีประวัติความรุนแรงโดยการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ การทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการรุนแรงในชุมชน ร้อยละ 29.8 และเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-5 พบว่า ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและโรคหลงผิดมากที่สุด ร้อยละ 43.2^{8,10}

ผู้ป่วย SMI-V รายใหม่ที่ได้รับการบริการที่โรงพยาบาลหนองบัวแดง อำเภอนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ 197, 229 และ 254 คน ตามลำดับ เป็นเพศชายร้อยละ 66.0, 63.8 และ 54.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช พบว่า ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและโรคหลงผิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.0, 74.2 และ 73.6 ตามลำดับ และในแต่ละปีมีพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเองจนถึงแก่ชีวิต (ฆ่าตัวตายสำเร็จ) สูงขึ้น คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 9.8, 12.8 และ 15.7 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

โรคจิตเวชมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแล และสังคมด้วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่มีกขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่าง ๆ หรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์¹¹ ปัญหาความรุนแรงที่พบเห็นตามสื่อต่าง ๆ ในปัจจุบันมีส่วนหนึ่งมีผู้ก่อเหตุเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน แต่เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมีปัญหาขาดการติดตามต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือใช้สารเสพติด ทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และอาจก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน⁸ สมาชิกในครอบครัวจึงมีความสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดละเลิกพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงการสังเกตอาการเตือนต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังต้องใช้เวลาในการดูแลต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของญาติผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการเหน็ดเหนื่อย หดแรงแรง พักผ่อนไม่เพียงพอ และได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ด้านทางสังคม ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมและถูกแยกตัวจากสังคม และด้านจิตใจ เกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ และหมดกำลังใจ^{12,13} ในทางกลับกัน ความตึงเครียดและความกดดันที่เกิดขึ้นนี้อาจส่งผลให้การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลขาดประสิทธิภาพ¹⁴ ปัจจัยอื่นของผู้ดูแลที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น เพศ อายุ ทัศนคติในการดูแลปัญหาสุขภาพ มุมมองจากการดูแล และการได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย^{15,16} นอกจากนี้ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาและจัดการความเครียดยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย¹⁷

ปัจจุบันการศึกษาพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ในประเทศไทยยังมีน้อย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป การศึกษานี้จึงสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V เพื่อนำมาวางแผนในการให้บริการสนับสนุนด้านครอบครัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย SMI-V

วิธีการ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบทำนาย (correlational predictive research design) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 67-1-001 ลงวันที่ 6 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 254 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ multiple linear regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size f^2) ขนาดกลาง = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = 0.05 ค่ากำลังการทดสอบ (power) = 0.80 และจำนวนตัวแปรทำนาย 12 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 127 คน เลือกตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยเขียนเลขที่ตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมด 254 คนและใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 2) ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วย และ 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูลวิจัยและ 2) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เอง ตัวอย่างที่ไม่เข้าเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกได้ถูกคัดออกจากการวิจัยและจับฉลากตัวอย่างต่อไปจนครบตามจำนวน

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน คือพยาบาลจิตเวช กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวแดง โดยก่อนเริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นขอความยินยอมจากอาสาสมัครที่ห้องให้คำปรึกษา คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองบัวแดง ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวและอาสาสมัครมีความคุ้นเคยกับสถานที่เนื่องจากพาผู้ป่วยในความดูแลมารับบริการอยู่เป็นประจำ หรือสถานที่อื่นที่อาสาสมัครสะดวกและมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

เช่น ที่บ้านของอาสาสมัคร อาสาสมัครเป็นผู้ลงนามแต่เพียงผู้เดียว

เครื่องมือ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

3. แบบประเมินความรุนแรงของโรค (Prasri violence severity scale: PVSS)¹⁸ ใช้ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช มี 9 ข้อ จำแนกเป็น 2 มิติ ได้แก่ ความรุนแรงต่อผู้อื่นและความรุนแรงต่อตนเอง ซึ่งอธิบายความแปรปรวนในภาพรวมได้ร้อยละ 79.6 มีความตรงตามสภาพ (concurrent validity) เมื่อเทียบกับแบบประเมิน clinical global impression (CGI) ที่ประเมินโดยจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.75$) และมีความสอดคล้องภายในของข้อคำถามจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89 มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 32 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 - 5 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย 6 - 13 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และ 14 - 32 คะแนนหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง

4. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (resilience quotient: RQ)¹⁹ ใช้ประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และค่าอำนาจจำแนก โดยมีค่าความเชื่อมั่น 0.85 มี 20 ข้อ จำแนกเป็นพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหา 5 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน แปลผลดังนี้ ต่ำกว่า 55 คะแนนหมายถึงมีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ 55 - 69 คะแนนหมายถึงมีพลังสุขภาพจิตปกติ และสูงกว่า 69 คะแนนหมายถึงมีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าปกติ

5. แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะอาการ สาเหตุการเจ็บป่วย ปัจจัยกระตุ้นอาการเตือน และแนวทางในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิดจำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน แปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ²⁰ ดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 8 คะแนน) หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยระดับน้อย ร้อยละ 60 - 79 (9 - 10 คะแนน) หมายถึงมีความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 - 100 (11 - 15 คะแนน) หมายถึงมีความรู้ระดับมาก

6. แบบประเมินความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการตระหนักในบทบาทผู้ดูแลของ Mayeroff²¹ ใช้ประเมินการรับรู้ เข้าใจ และยอมรับในบทบาทผู้ดูแล มี 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำนวณคะแนนจากคะแนนรวมในแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด แปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ²⁰ ดังนี้ 1.00 - 2.32 หมายถึงมีความตระหนักในบทบาทผู้ดูแลน้อย 2.33 - 3.66 หมายถึงมีความตระหนักปานกลาง และ 3.67 - 5.00 หมายถึงมีความตระหนักมาก

7. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer²² มี 18 ข้อ จำแนกเป็นการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ และด้านสิ่งของ 6 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำนวณคะแนนจากคะแนนรวมในแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด แปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ²⁰ ดังนี้ 1.00 - 2.32 หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย 2.33 - 3.66 หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 3.67 - 5.00 หมายถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

8. แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการดูแลของ Swanson²³ ที่ให้ความสำคัญในการดูแลแบบองค์รวม และทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys²⁴ ซึ่งมุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรม การป้องกัน และการจัดการกับสถานการณ์ความรุนแรง

ผ่านกระบวนการสังเกต การประเมิน และการตอบสนองอย่างเป็นระบบ โดยพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลในการศึกษานี้หมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย SMI-V ในชีวิตประจำวันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จำแนกเป็นบทบาท 3 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง การควบคุมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง และการร่วมแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง รวม 27 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำนวณคะแนนจากคะแนนรวมในแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด แปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ²⁰ ดังนี้ 1.00 - 2.32 หมายถึงมีพฤติกรรมการณ์ดูแลอยู่ในระดับน้อย 2.33 - 3.66 หมายถึงพฤติกรรมการณ์ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และ 3.67 - 5.00 หมายถึงมีพฤติกรรมการณ์ดูแลอยู่ในระดับมาก

แบบสอบถามส่วนที่ 5 - 8 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช 2 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ 0.93, 0.90, 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 30 คนเพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นจากค่าคงที่ภายใน (internal consistency) ของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 6, 7 และ 8 ใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.809, 0.911, 0.897, 0.924 และ 0.932 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 5 ใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.758

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น^{25,26} ดังนี้

1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรมาตราช่วง (interval scale) โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ยกเว้นเพศ ปัญหาสุขภาพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เป็นตัวแปรมาตรานามบัญญัติ (nominal scale) โดยผู้วิจัยได้ทำเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) 2) ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระ (linearity) ทดสอบด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับพฤติกรรมการณ์ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุผู้ดูแล ($r = .228$) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (บิดา/มารดา $r = .233$, คู่สมรส $r = .218$) พลังสุขภาพจิต ($r = .594$) ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($r = .697$) ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล ($r = .664$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .784$) 3) ตัวแปรอิสระต้องเป็นข้อมูลที่ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (non-autocorrelation) ทดสอบด้วยสถิติ Durbin-Watson ต้องมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5²⁶ ซึ่งตัวแปรอิสระในการวิจัยนี้มีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.528 แสดงว่าข้อมูลของตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ทดสอบด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สันต้องมีค่า r น้อยกว่า 0.80²¹ ค่า variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 และค่า tolerance ไม่เข้าใกล้ 0 หรือไม่น้อยกว่า 0.20 ผลการทดสอบพบว่าไม่มีตัวทำนายคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ และ 5) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนต้องมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ทดสอบด้วยการพิจารณา scatter plot ระหว่างค่าตัวแปรตามที่ทำนายได้จากสมการถดถอยกับความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย พบว่ากราฟมีลักษณะเป็น homoscedasticity

ผล

กลุ่มตัวอย่าง 127 คน ไม่มีผู้ถอนตัวจากโครงการวิจัย เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.5 อายุเฉลี่ย 49.31 ปี อยู่ในช่วงอายุ 50 - 59 ปีร้อยละ 33.9 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบิดา/มารดาร้อยละ 45.7 คู่สมสร้อยละ 42.5 และดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 - 5 ปีร้อยละ 64.6 ผู้ป่วย SMI-V เป็นเพศชายร้อยละ 88.2 อายุ 30 - 39 ปีร้อยละ 37.8

ลักษณะของความรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ ประวัติทำร้ายผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 74.8 และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 60.6 ดังตารางที่ 1

พลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านเท่ากับ 61.5 ซึ่งอยู่ในระดับปกติ ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย SMI-V ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 10.99, 3.30 และ 2.91 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 สำหรับพฤติกรรมการณ์การดูแลรายด้าน และรวมทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 68.5 ($R^2 = .685$, $p < .001$) โดยตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลได้มากที่สุด ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .599$, $p < .001$) รองลงมา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ($\beta = .265$, $p < .001$) ดังตารางที่ 4 โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้ พฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแล = $24.953 + .879$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 1.677 (ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย) + $.518$ (ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล) + $.410$ (พลังสุขภาพจิต)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย SMI-V (n = 127)

	ผู้ดูแล		ผู้ป่วย SMI-V	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	26	20.5	112	88.2
หญิง	101	79.5	15	11.8
อายุ				
ต่ำกว่า 20 ปี	-	-	11	8.7
20 - 29 ปี	13	10.2	36	28.3
30 - 39 ปี	23	18.1	48	37.8
40 - 49 ปี	19	15.0	20	15.7
50 - 59 ปี	43	33.9	11	8.7
60 ปีขึ้นไป	29	22.8	1	0.8
	(mean = 49.31, SD = 13.55)		(mean = 33.67, SD = 10.26)	
สถานภาพสมรส				
โสด	1	0.8	48	37.8
คู่	106	83.5	59	46.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	15.7	20	15.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	44	34.6	3	2.4
มัธยมต้น/ปวช.	50	39.4	119	93.7
มัธยมปลาย/ปวส.	33	26.0	4	3.1
ปริญญาตรี	-	-	1	0.8
อาชีพ				
เกษตรกร	75	59.0	50	39.4
รับจ้าง	49	38.6	54	42.5
ค้าขาย	3	2.4	11	8.7
ว่างงาน	-	-	12	9.4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย SMI-V (n = 127) (ต่อ)

	ผู้ดูแล		ผู้ป่วย SMI-V	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน				
ต่ำกว่า 3,000 บาท	41	32.3	21	16.6
3,000 - 4,999 บาท	52	40.9	49	38.6
5,000 บาทขึ้นไป	34	26.8	45	35.4
ไม่มีรายได้	-	-	12	9.4
	(mean = 3629.92, SD = 1837.89)		(mean = 3637.80, SD = 1892.63)	
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	103	81.1		
มีโรคประจำตัว	24	18.9		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	58	45.7		
คู่สมรส	54	42.5		
อื่น ๆ	15	11.8		
จำนวนสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วย				
1 คน	16	12.6		
2 คน	79	62.2		
3 คน	16	12.6		
4 คน	16	12.6		
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย				
ต่ำกว่า 2 ปี	43	33.8		
2 - 5 ปี	82	64.6		
5 ปีขึ้นไป	7	1.6		
ลักษณะของความรุนแรงของผู้ป่วย SMI-V				
1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต			10	7.9
2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน			95	74.8
3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย			10	7.9
4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)			0	0
5. ผู้ป่วยมีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ขึ้นขึ้นไป			12	9.4
ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วย SMI-V				
ระดับเล็กน้อย			28	22.1
ระดับปานกลาง			77	60.6
ระดับสูง			22	17.3

SMI-V = serious mental illness with high risk of violence

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของพลังสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 127)

	Mean	SD	ค่าระดับ
พลังสุขภาพจิต (min = 48, max = 73 คะแนน)	61.50	6.60	ปกติ
ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (min = 5, Max = 14 คะแนน)	10.99	2.35	ปานกลาง
ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล	3.30	0.60	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.91	0.56	ปานกลาง

SD = standard deviation

ตารางที่ 3 คะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของพฤติกรรมการณ์การดูแล (n = 127)

	Mean	SD	ค่าระดับ
ด้านการส่งเสริมสนับสนุน	2.99	0.58	ปานกลาง
ด้านการควบคุมป้องกัน	3.15	0.51	ปานกลาง
ด้านการแก้ไขปัญหา	2.85	0.62	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	3.01	0.55	ปานกลาง

SD = standard deviation

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแล (n = 127)

	B	β	t	p
แรงสนับสนุนทางสังคม	.879	.599	7.081***	< .001
ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	1.677	.265	3.322**	< .001
ความตระหนักในบทบาทของผู้ดูแล	.518	.210	2.766**	.007
พลังสุขภาพจิต	.410	.183	2.146*	.034

constant = 24.953, $R^2 = .685$, adjusted $R^2 = .675$, $F = 66.479$, $p < .001$

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการณ์การดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทของผู้ดูแล และพลังสุขภาพจิตสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการณ์การดูแลของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลของ Mayeroff²¹ ที่ระบุว่า การดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักในบทบาท และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้เสริมสร้างพลังใจให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านการควบคุมและป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการณ์รุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้²⁷ ในขณะที่การร่วมแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยมีพฤติกรรมการณ์รุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการณ์รุนแรง

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วย SMI-V กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน และหน่วยงานภาครัฐ

มีแนวโน้มมีพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการณ์ของบุคคล โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีภาระในการดูแลที่ต่อเนื่องระยะยาว ซึ่งต้องการแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างเพื่อเสริมแรงในการดูแลในเรื่องต่าง ๆ เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การได้รับคำปรึกษาเมื่อตนเองรู้สึกไม่สบายใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจจากคนในครอบครัว การได้รับความเอาใจใส่และห่วงใยจากบุคคลอื่น และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถและการจัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 15.6 (Beta = .406, $p < .01$) ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้ดูแลให้ความสำคัญได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความเห็นใจ ทักษะการสื่อสารที่ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรคในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน²⁸

ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วย SMI-V กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแล เช่น ความรู้

เกี่ยวกับอาการเตือนก่อนเกิดอาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วย ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ และหน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีแนวโน้มมีพฤติกรรมก้าวร้าวและที่พึงประสงค์ เนื่องจากผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้²⁸ สอดคล้องกับการศึกษาผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิต ที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม²⁹

ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ ทางบวกพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย SMI-V กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความตระหนักในบทบาทการเป็นผู้ดูแลของตนเองมีแนวโน้ม ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เนื่องจาก ความตระหนักหรือการรับรู้สถานการณ์มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นผลของกระบวนการทางปัญญา ที่นำไปสู่การเรียนรู้ ความเข้าใจ และการกระทำหรือ พฤติกรรมของบุคคลที่เหมาะสมกับต่อสถานการณ์นั้น ๆ ในทางกลับกัน การขาดความตระหนักในการดูแลและ มีความรู้สึกลัวการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีการเจ็บป่วยมาเป็น ระยะเวลาอันยาวนานและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นภาระส่งผลให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยน้อยลง สอดคล้องกับ การศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักในบทบาทของผู้ดูแลที่ พบว่านำไปสู่การจัดการอาการทางจิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น³⁰

พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย SMI-V กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีทักษะ ในการแก้ปัญหา พร้อมสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น มีความทนทาน ต่อความกดดัน และสามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ของ ตนเองได้เมื่อเกิดความเครียด มีแนวโน้มหาทางออกหรือ วิธีการที่จะช่วยในการจัดการดูแลปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล ผู้ป่วยและแสวงหาวิธีช่วยเหลือคลายความทุกข์ใจของตนเอง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มีความเข้มแข็งทางใจสามารถปรับตัวและ ฟื้นตัวภายหลังจากสถานการณ์ยากลำบาก ส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย³¹ อย่างไรก็ตาม การศึกษาใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในจังหวัดชลบุรีไม่พบว่า พลังสุขภาพจิต เป็นปัจจัยร่วมทำนายความพร้อมในการดูแล¹⁶

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ เป็นการศึกษา แบบตัดขวาง จึงไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผล ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้ กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาล ชุมชนแห่งเดียวจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไป อ้างอิงกับประชากรกลุ่มอื่น การวิเคราะห์ข้อมูลไม่มีการควบคุม ปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมดูแล เช่น ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรที่ศึกษา และการประเมินพฤติกรรมดูแลโดยให้ ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองซึ่งอาจมีอคติจากการตอบ ตามความคาดหวังของสังคม ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควร พิจารณาปัจจัยเหล่านี้ในการวิเคราะห์เพื่อควบคุมอิทธิพลของ ตัวแปรกวนที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมดูแล

สรุป

ปัจจัยการทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วย SMI-V ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความตระหนักในบทบาทผู้ดูแล และ พลังสุขภาพจิต ผู้ดูแลควรได้รับการทางจิตสังคมและ แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างความตระหนักใน บทบาทผู้ดูแล ความรู้ และพลังสุขภาพจิต เพื่อลดความเสี่ยง การก่อความรุนแรงของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ขอขอบคุณ นางปราณีต พิพิธกุล นางสาวนงนุช ภัทรพงศ์สินธุ์ และนายคนพศ หินเมืองเก่า ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์พุทธา สมัตไชย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองบัวแดง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการ เก็บข้อมูลการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

พัชรินทร์ บุญเสริม : ออกแบบงานวิจัย พัฒนา เครื่องมือวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ ต้นฉบับ ; นุสรรา เผ่าหัวสระ : บันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Dattani S, Rodés-Guirao L, Ritchie H, Roser M. Mental health [Internet]. Oxford: Our World in Data; 2018 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>

2. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2017;25(1):1-19. (in Thai)
3. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai health 2019: social media - double-edged sword, Thai health in the world of social media. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Co., Ltd.; 2019. (in Thai)
4. Department of Mental Health. Annual report 2020. Bangkok: Inspire House Co., Ltd.; 2021. (in Thai)
5. National Institute of Mental Health. Mental illness [Internet]. Bethesda: National Institute of Mental Health; 2021 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2019-2020 National survey on drug use and health: model-based prevalence estimates (50 states and the district of Columbia) [Internet]. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2021 [cited 2024 Sep 6]. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/report/2019-2020-nsduh-state-prevalence-estimates>
7. Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health. Guidelines for caring for psychiatric patients with alcohol/drugs/ substance abuse who are at high risk of causing violence. Bangkok: Prosperous plus Co., Ltd.; 2020. (in Thai)
8. Department of Mental Health. Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of violence for institutions/hospitals under the department of mental health. Bangkok: Prosperous plus Co., Ltd.; 2020. (in Thai)
9. Kanthasaibour P, Piboonarluk W, Kaewyot K, Nerikool W. Factors related to violence in schizophrenic pateints at somdet chaopraya insitute of psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*. 2020;14(2):16-28. (in Thai)
10. American Psychiatry Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorder, 5th ed. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2013.
11. National Health Security Office, Department of Mental Health. Manual for caring chronic psychiatric patients in the community for primary care personnel. Bangkok: Saengchan Printing Limited Partnership; 2016. (in Thai)
12. Thanikkul B, Dangdomyouth P. The effect of self-help-group and empowerment on burden of caregivers of schizophrenic patients in community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2012;26(2):74-86. (in Thai)
13. Kanungpean T. Experiences of caregivers of schizophrenia patients in the community. *Journal of Nursing Division*. 2013;40(1):55-66. (in Thai)
14. Parnichsan L. The effect of family intervention program on family functioning of schizophrenic patients in community [master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
15. Khumtorn L, Suwanvela S, Singsanun N. Factors predicting caring behaviors of caregivers for chronic schizophrenic patients at home. *Maharakham Hospital Journal*. 2018;15(3):114-25. (in Thai)
16. Tassanatanachai A, Poonnotok P, Lawang W, Suksawat S, Sunsern R. Predictors of care readiness for persons with psychiatric illness in family caregivers, chonburi province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020;28(2): 106-21. (in Thai)
17. Wright LM, Leahey M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
18. Sriruenthong W, Kongsuk T, Sukhawaha S, Lodthanong S, Leejongpermpool J. Development of violence severity scale in serious mental illness. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2016;61(3):253-66. (in Thai)

19. Department of Mental Health. Mental health counseling manual for resilience. Bangkok: Beyond Publishing; 2009. (in Thai)
20. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
21. Mayeroff M. On caring. New York: Harper & Row; 1971.
22. Schaefer MA. Social support. In: Peterson SJ, Bredow TS, editors. Middle range theories: application to nursing research. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins; 2013.
23. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. Journal of Nursing Scholarship. 1993;25(4):352-7.
24. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: a textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991. p. 305-60.
25. Singchangchai P. Principles and applications of multivariate statistical analysis for nursing research. 3rd ed. Bangkok: Chanmuang Printing; 2006. (in Thai)
26. Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1996.
27. Sisodia S, Hammond Z, Leonardi-Bee J, Hanlon C, Asher L. Sexual and reproductive health needs of women with severe mental illness in low-and middle-income countries: a scoping review (in press) [Internet]. PLoS ONE. 2024 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://nottingham-repository.worktribe.com/output/40272569>
28. Siripan S, Naowsuwan K. Factors predicting caregivers' abilities and caring guideline with health belief model and social support for schizophrenia patients' caregiver. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2020;3(3):16-31. (in Thai)
29. Srioad P, Thoin P. The Effect of Psychoeducation Activity focusing on skill training on social functioning of schizophrenia patients in community. Research and Development Health System Journal. 2021;14(2):310-9. (in Thai)
30. Dewanti WA, Mulyaningrat W, Setiawati N. Case report Pemberian Psikoedukasi Kepada Keluarga yang Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa di Desa Banteran. PENA Nursing. 2024;3(1):13-19.
31. Tabtim D, Intarakamhang U, Choochom O. Resilience of family caregiver: an important to caring elderly diabetes Miletus patients. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology. 2021;6(1):1-16. (in Thai)