

ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*
Factors Predicting Psychological Well-being among
Caregivers of Patients with Schizophrenia*

สุพัตรา บำรุงจิตฺ, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) ¹

Supattra Bamrungjite, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) ¹

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing) ²

กรภักร เสงอุดมทรัพย์, Ph.D. (Nursing) ³

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) ²

Pornpat Hengudomsob, Ph.D. (Nursing) ³

Received: May 17, 2019 Revised: June 6, 2019 Accepted: June 7, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความพึงพอใจ และปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 120 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .95 แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบสอบถามความหวัง มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .89 และแบบสอบถามความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น .86 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 71.74, SD = 9.27$) การรับรู้ภาระในการดูแล และความหวัง สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .270, p < .001$) โดยการรับรู้ภาระในการดูแลสามารถทำนายความพึงพอใจได้มากที่สุด ($Beta = -.334, p < .001$) รองลงมา คือ ความหวัง ($Beta = .266, p < .01$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: supattra-2518@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการลดภาระในการดูแล และเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ดูแล
คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความผาสุกทางใจ การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง

Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate the psychological well-being and its predicting factors among caregivers of patients with schizophrenia. The samples consisted of 120 caregivers of patients with schizophrenia who took the patients for treatment at Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The research instruments included a personal information questionnaire, a perceived self-efficacy in caring for schizophrenic patient questionnaire with the reliability of .95, a caregiver burden questionnaire with the reliability of .88, a hope questionnaire with the reliability of .81, a social support questionnaire with the reliability of .89, and a psychological well-being questionnaire with the reliability of .86. Data were collected from April to June, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that the overall mean score of psychological well-being among caregivers of patients with schizophrenia was at a moderate level ($M = 71.74, SD = 9.27$). Caregiver burden and hope together could statistically significant explain 27% of variance for psychological well-being ($R^2 = .270, p < .001$). The most significant predicting factor was caregiver burden ($Beta = -.334, p < .001$) followed by hope ($Beta = .266, p < .01$).

This research suggests that health care providers should apply these research results for designing interventions to promote the psychological well-being of caregivers of patients with schizophrenia by reducing caregiver burden and enhancing their hope.

Keywords: Caregiver of patient with schizophrenia, Psychological well-being, Caregiver burden, Hope

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังและเป็นภาระในการดูแล จากสถิติพบว่า ในปี ค.ศ. 2013 มีผู้ป่วยจิตเภท 26 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2013) สำหรับประเทศไทย

จากการสำรวจพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 168,251 คน 268,293 คน และ 231,908 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559) สอดคล้องกับสถิติผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในช่วงปีงบประมาณ 2557-2559 จำนวน 12,514 คน 11,502 คน และ 9,636 คน

คิดเป็นร้อยละ 35.56, 35.74 และ 34.51 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2559) และสอดคล้องกับสถิติของกรมสุขภาพจิต (2556) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทพบมากเป็นอันดับแรก คิดเป็น 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและมีสถิติค่อนข้างสูง

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง แยกตัว มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของตนเองในด้านต่าง ๆ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดทางจิตสังคม โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดอาการทางจิต และควบคุมอาการทางจิตให้สงบลงโดยเร็ว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นจะถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักทำให้อาการทางจิตกำเริบ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต, 2550) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรค และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างผาสุก

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นหลัก ทั้งด้านสุขภาพอนามัย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา และการส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทน (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2556) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานมักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม โดยผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยล้า (Ferriter & Huband, 2003) หรือมีปัญหาทางสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ

เมื่ออาหาร (Adamec, 1996) เกิดความเครียด วิตกกังวล หรือเบื่อหน่าย (มยุรี กลั้ววงษ์, ผจญจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชวัลลี, และนันทิกา ทวิชาชาติ, 2552) ท้อแท้ ลึนหวัง หวาดกลัว (Loukissa, 1995) เวลาส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงหรือเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (Eakes, 1995) บางคนต้องลาออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ มีปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่ายในครอบครัว (von Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrabaki, 2016) และมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว (รักสุดา กิจอรุณชัย, 2555) นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังรู้สึกเป็นภาระและไม่อยากดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจค่อนข้างต่ำจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีความผาสุกทางใจในระดับปานกลาง (พัสดรภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิต หรือมีความผาสุกทางใจ (psychological well-being) ค่อนข้างต่ำ

ความผาสุกทางใจเป็นความสมดุลของสภาวะจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งทางบวกและทางลบ โดยบุคคลที่มีความผาสุกทางใจจะมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และรู้สึกมีความสุข ความผาสุกทางใจประกอบด้วยความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความรู้สึกเป็นสุข และการควบคุมตนเอง ส่วนความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (Dupuy, 1977) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของประชากรกลุ่มต่าง ๆ แต่กลับพบว่า ปัจจัยเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในระดับค่อนข้างต่ำจากการคัดสรรปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในระดับปานกลางขึ้นไป ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม (พัสดรภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546; พิเศษย์ สิโรตมรัตน์, 2553) ทั้งนี้ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและ

วางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างครอบคลุมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาวะในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม

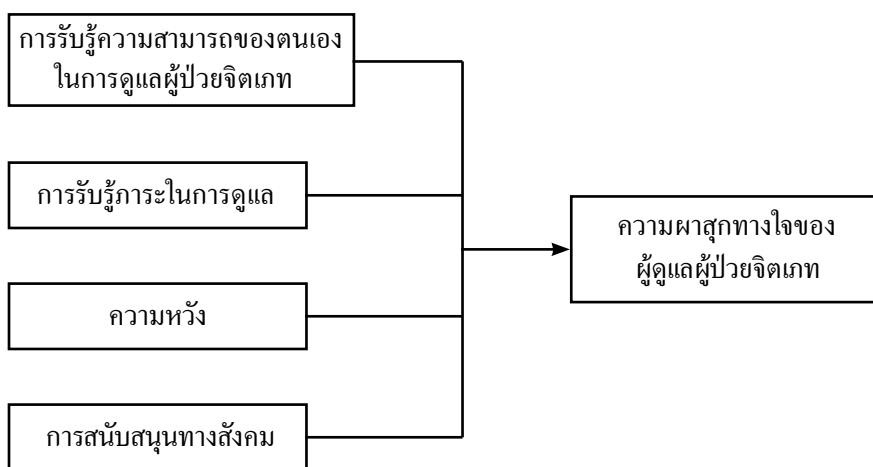
สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาวะในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Dupuy (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ที่เกี่ยวข้อง โดย Dupuy (1977) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองทางบวก แสดงออกมาในรูปแบบของความรู้สึกมีความสุข โดยเชื่อว่า ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูง จะเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีและประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ส่งผลให้รู้สึกมีความสุข มีภาวะสุขภาพโดยรวมดี และมีความพึงพอใจสูง ส่วนผู้ดูแลที่มีการดูแลสูง มักรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ภาวะสุขภาพทรุดโทรม รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ส่งผลให้ความพึงพอใจต่ำ ส่วนความหวัง เป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Herth, 1992) นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม รู้สึกชีวิตมีความสุข มีชีวิตชีวา ไม่ถูกทอดทิ้ง (Brandt & Weinert, 1985) และเกิดความพึงพอใจ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนกรินทร์ ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะสงบ และไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ร้ายแรง และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Tabachnick and Fidell (2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และโรคประจำตัว และส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส และอาชีพ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสุนันทา นวลเจริญ (2553) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura ปี ค.ศ. 1997 จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ (20-46 คะแนน) ในระดับปานกลาง (47-73 คะแนน) และในระดับสูง (74-100 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery et al. ปี ค.ศ. 1985 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้ภาระเชิงอัตนัย เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน ความอับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง จำนวน 12 ข้อ และการรับรู้ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง และการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ภาระในการดูแลในระดับน้อย (24-56 คะแนน) ในระดับปานกลาง (57-88 คะแนน) และในระดับมาก (89-120 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความหวัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่เรณูการ์ ทองคำรอด (2541) แปลจาก Herth Hope Index ของ Herth ปี ค.ศ. 1992 จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความหวังในระดับต่ำ (12-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-35 คะแนน) และในระดับสูง (36-48 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ประกาศี พุงมีผล (2548) แปลและเรียบเรียงจาก Personal Resource Questionnaire (PRQ 2000) ส่วนที่ 2 ของ Weinert ปี ค.ศ. 2000 แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรัก ความผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่า ในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วยค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้การสนับสนุนในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46-75 คะแนน) และในระดับสูง (76-105 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ, และพรธรวดี พุชวิวัฒน์ (2532) แปลจากแบบสอบถามความพึงพอใจโดยทั่วไปของ Dupuy ปี ค.ศ. 1977 แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความวิตกกังวล จำนวน 4 ข้อ ด้านความซึมเศร้า จำนวน 3 ข้อ ด้านความพึงพอใจทางบวก จำนวน 3 ข้อ ด้านการควบคุมตนเอง จำนวน 3 ข้อ ด้านความมีชีวิตชีวา จำนวน 3 ข้อ และด้านภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม และส่วนที่ 2 จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่าแบบตัวเลข 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย จนถึงคะแนน 10 หมายถึง มีมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับต่ำ (0-60

คะแนน) ในระดับปานกลาง (61-72 คะแนน) และในระดับสูง (73-110 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความพึงพอใจ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95, .88, .81, .89 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 07-01-2560 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2560) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ สธ 0819.28/133/3 วันที่ 20 มีนาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 45-60 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท ข้อมูลการรับรู้ภาระในการดูแล ข้อมูลความหวัง ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาปัจจัยทำนายความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วย สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.83 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.12 ปี ($SD = 12.54$) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.20 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 57.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.60 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็น ร้อยละ 45 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท คือ เป็นบิดา มารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.80 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 40.90 โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 8.43 ปี ($SD = 6.52$) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.70

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.51 ปี ($SD = 13.74$) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็น ร้อยละ 98.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็น ร้อยละ 61.70 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 62.50

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลาง ($M = 72.28, SD = 12.75$)

2.2 การรับรู้ภาระในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาระในการดูแลในระดับ ปานกลาง ($M = 64.59, SD = 16.12$)

2.3 ความหวัง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมี คะแนนเฉลี่ยความหวังในระดับสูง ($M = 36.97, SD = 5.28$)

2.4 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมใน ระดับสูง ($M = 82.81, SD = 11.05$)

3. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 71.74, SD = 9.27$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความวิตกกังวลมี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.49 ($SD = 2.44$) ด้านความซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.58 ($SD = 2.93$) ด้านความพึง พอใจทางบวกมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.60 ($SD = 2.07$) ด้านการควบคุมตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 ($SD = 2.09$) ด้านความมีชีวิตชีวา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13 ($SD = 3.01$) และด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.03 ($SD = 2.20$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาระในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความหวัง และ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r = .337, p < .001$; $r = .432, p < .001$ และ $r = .350, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่า การรับรู้ ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึง พอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.466, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ภาวะในการดูแล ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม กับความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 120)

ตัวแปร	ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	
	r	p
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.337	< .001
การรับรู้ภาวะในการดูแล	-.466	< .001
ความหวัง	.432	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.350	< .001

5. ปัจจัยทำนายความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้ภาวะในการดูแล และความหวังสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .270, p < .001$) โดยการรับรู้

ภาวะในการดูแลสามารถทำนายความพึงพอใจได้มากที่สุด (Beta = -.334, $p < .001$) รองลงมา คือ ความหวัง (Beta = .266, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 120)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้ภาวะในการดูแล	-.192	.052	-.334	-3.668	< .001
ความหวัง	.466	.160	.266	2.918	.004

Constant = 66.925, $R = .520, R^2 = .270, \text{adj } R^2 = .258, F = 21.690, p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะเป็นบิดามารดา มากที่สุด จึงมีความรัก ความผูกพัน และมีความสงสารผู้ป่วย (Ferriter & Huband, 2003) จึงให้การดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี และรู้สึกดีที่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม จากอาการทางจิตของ

ผู้ป่วยจิตเภทที่คาดการณ์ไม่ได้ ประกอบกับผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง หรือผิดปกติไป เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ วิตกกังวล หรือซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและอาการไม่หายขาด จึงทำให้ความพึงพอใจด้านความวิตกกังวลและด้านความซึมเศร้าของผู้ดูแลค่อนข้างสูง ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของพัสดรภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ (2546) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจในระดับปานกลาง นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจโดยรวมในระดับปานกลาง ยังอาจเนื่องจากผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 8.42 ปี ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจะมีผลต่อการปรับตัวและการควบคุมจัดการสิ่งแวดลอมต่างๆ ทำให้สามารถรักษาระดับของความผาสุกทางใจไม่ให้เกิดต่ำลงได้ โดยมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 เดือน มักเริ่มยอมรับในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการปรับตัวที่ดี ทำให้มีอารมณ์คงที่ สามารถจัดการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น และสามารถดำรงความผาสุกทางใจของตนเองได้ (พัศตราภรณ์ พงษ์ลัทธิศักดิ์, 2546)

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะในการดูแล และความหวัง สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจได้ร้อยละ 27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ภาวะในการดูแลสามารถทำนายความผาสุกทางใจได้มากที่สุด ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ภาวะการดูแลมากจะมีความผาสุกทางใจต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ที่หลากหลาย ทำให้รู้สึกอ่อนล้า ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง และมีการพักผ่อนลดลง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จะรู้สึกทุกข์ใจที่อาการของผู้ป่วยถดถอยลง และรู้สึกเป็นภาระที่หนัก หากที่สิ้นสุดไม่ได้ (สายใจ พัวพันธ์, 2553) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ภาวะในการดูแลมากจึงมักรู้สึกยากลำบากในการดูแลเหนื่อยล้า หหมดแรง ไม่มีความสุข รู้สึกวิตกกังวล และมีความเครียดสูง (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) หรือมีภาวะซึมเศร้า (Doornbos, 2002) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gupta, Solanki, Koolwal, and Gehlot (2015) ที่ศึกษาความผาสุกทางใจและภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า ความหวังเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวังสูงจะมีความผาสุกทางใจสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความหวังว่าสิ่งที่ตนเองปรารถนานั้นจะเป็นจริง ก็จะมีกำลังใจ มีความกระตือรือร้น มีพลังในการเผชิญกับอุปสรรค มั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมในการดูแล เพื่อทำให้สิ่งที่หวังเป็นจริง และบรรลุเป้าหมายที่ตนเองต้องการ (Herth, 1992) เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความหวัง ก็จะรู้สึกว่าตนเองมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ว่าทำไปเพราะอะไร ทำไปเพื่อใคร จะมีกำลังใจ สามารถควบคุมตนเองในเรื่องต่างๆ และปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี รู้สึกมีชีวิตชีวา มีความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าลดลง และมีความรู้สึกเป็นสุขมากขึ้น ส่งผลให้มีความผาสุกทางใจสูง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัศตราภรณ์ พงษ์ลัทธิศักดิ์ (2546) ที่พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ แต่ไม่ร่วมทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นถึงความสามารถของตนเอง กระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูง จะมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในเรื่องต่างๆ นำไปสู่การกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ให้ประสบผลสำเร็จตามที่ต้องการ (ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2556) โดยผู้ดูแลที่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ มีชีวิตชีวา รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี ไม่มีความวิตกกังวล ไม่รู้สึกซึมเศร้า จึงมีความผาสุกทางใจสูง อย่างไรก็ตามความผาสุกทางใจเป็นปัจจัยภายในตนเองที่มีความซับซ้อน

และมีปัจจัยที่หลากหลายมาเกี่ยวข้อง ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่สามารถละทิ้งอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจโดยตรง เพราะจำเป็นต้องส่งผ่านตัวแปรคั่นกลางอื่นซึ่งเป็นปัจจัยด้านความคิดหรือความรู้สึก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย สิโรตมรัตน์ (2553) ที่ศึกษาความว่าเหตุการณ์รับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ แต่ไม่ร่วมทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งของกำลังใจของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับแก่คนในครอบครัวและสังคม (Brandt & Weinert, 1985) เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง จะรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักที่ต้องการของครอบครัวหรือบุคคลอื่น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือวัตถุดิบของจากบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2555) และสามารถปรับตัวต่อความเครียดหรือสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตได้ (นัทธมนต์ นิมิสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2557) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี มีความกระตือรือร้น มีชีวิตชีวาไม่วิตกกังวล และไม่ซึมเศร้า แต่การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ผ่านการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมจึงไม่สามารถทำนายความผาสุกทางใจได้โดยตรง อาจจำเป็นต้อง

ต้องส่งผ่านตัวแปรคั่นกลางอื่นที่เป็นปัจจัยด้านความคิดหรือความรู้สึก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย สิโรตมรัตน์ (2553) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการลดภาระในการดูแล และเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ดูแล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความหวังหรือลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- แก้วตา มีศรี, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 35-49.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, และนารัต เกษตรทัต. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(4), 412-218.

- นัทธมนต์ นิมสุข, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาศรี พุ่มมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิ์ศักดิ์. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงประนีในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผูกพันทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิศมัย สิโรตมรัตน์. (2553). *ความว่าเหว การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผูกพันทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ภัทรภรณ์ พุ่มปิ่นคำ. (2556). *การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้าน*. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี กลับบงษ์, ผจงจิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชวัลลี, และนันทิกา ทวีชาชาติ. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 57-75.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รักสุดา กิจอรุณชัย. (2555). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(3), 154-162.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2541). *ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2559). *รายงานประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2558*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุทธิวัฒนะ. (2532). *สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผูกพันในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย*. *วารสารการพยาบาล*, 38(3), 169-190.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). *การรับรู้ถึงการเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตจังหวัดชลบุรี*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 156-158.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลโรคจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรินทร์ จรุงสิทธิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Adamec, C. (1996). *How to live with mentally ill person*. New York: John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: Psychometric update*. School of Nursing, University of Washington.
- Doornbos, M. M. (2002). *Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.

- Dupuy, H. J. (1977). The general well-being schedule. In F. McDowell & C. Newell (Eds.), *A measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (p. 125). New York: Oxford University Press.
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing, 9*(2), 77-84.
- Ferriter, M., & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(5), 552-560.
- Gupta, A., Solanki, R. K., Koolwal, G. D., & Gehlot, S. (2015). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Medical Science and Public Health, 4*(1), 70-76.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing, 17*(10), 1251-1259.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing, 21*(2), 248-255.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Eslami Shahrababaki, M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia - a qualitative exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry, 70*(4), 248-254.
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
-