

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย)
พฤษภาคม 2552

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย)

พฤษภาคม 2552

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย)
พฤษภาคม 2552

มยุรี กลับวงศ์. (2552) *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาศลักษณ์ ชวัลลี, รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต อินทสุวรรณ, ศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย และตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ ความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 375 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดให้ตอบด้วยตัวเอง ทั้งหมด 8 ส่วน ได้แก่ ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ดูแลและสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย แบบวัดบุคลิกภาพ MPI แบบวัดความเครียด แบบวัดกลวิธีจัดการกับปัญหา แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเหนื่อยหน่าย และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (SPSS/PC for Windows version 11.00) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ใช้โปรแกรม LISREL Version 8.72 ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเส้นอิทธิพลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร รวมทั้งค่าการทดสอบความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า โดยแบบจำลองสุดท้ายมีค่าสถิติดังนี้ ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่า = 325.56, df = 312, p-value = 0.29; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) = 0.011; SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) = 0.054; GFI (Goodness-of-fit index) = 0.95; AGFI (Adapted goodness-of-fit Index) = 0.91; CN (Critical N) = 414.72 สำหรับอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลต่อตัวแปรผล พบว่า ตัวแปรบุคลิกภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแลมากที่สุด นั่นคือบุคลิกภาพของผู้ดูแลที่ต่างกันจะส่งผลให้มีระดับความเครียดต่างกัน นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย และถ้าผู้ดูแลมีกลวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ส่วนอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยต่อตัวแปรผล พบว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่นานจะมีความเครียดสูง แต่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็น

ระยะเวลานานมากขึ้นจะส่งผลให้ความเครียดจะลดลง และ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่เป็นมานานหรือมีมากจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงจะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลลดลง ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลต่ำลง



FACTORS AFFECTING BURNOUT AND CARE BEHAVIOR OF CAREGIVERS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctoral of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

May 2009

Mayuree Klubwong. (2009). *Factor Effecting Burnout and Care Behavior of Caregivers of Schizophrenic Patients*. Dissertation, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research: By research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Asst.Prof.Dr.Wiladlak Chuawanlee, Assoc.Prof.Dr.Pachongchit Intasuwan, Prof.Dr.Nuntika Thavichachart.

The main purpose of the research is to develop the model of relationships between burnout and care behaviors of caregivers of Schizophrenic patients. The exogenous latent variables are the variables associated with caregivers personalities, care environment factors and other hidden factors such as burnout and care behaviors toward patients.

The subjects consist of 375 caregivers who were randomly selected by a simple random sampling. Self rating questionnaires consisting of e.g. bio-social data, Maudsley Personality Inventory (MPI), Stress test, Coping Strategy questionnaires, Schizophrenia Self care Behavior Assessment questionnaires, Maslach Burnout Inventory and Care Behavior questionnaires are used to collect all of the data. SPSS/PC for Windows version 11.00 is used to analyze descriptive statistics of the data . LISREL version 8.72 is performed to analyze exploratory factor analysis , confirm factor analysis and to test structural relationship between the proposed model and the empirical data.

The results of the study revealed that the relationships between the variables on burnout and care behaviors of caregivers are statistically significant at p-value = 0.05 for all variables. The model' s overall fit are accepted; Chi-square statistic (χ^2) = 325.56, df = 312, p-value = 0.29; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) = 0.011; SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) = 0.054; GFI (Goodness-of-fit index) = 0.95; AGFI (Adapted goodness-of-fit Index) = 0.91; CN (Critical N) = 414.72. It also show that personalities of a caregiver are the most influential factor for mental stress. Mental stress directly relates to burnout. Coping strategy of the caregivers effects care behaviors. In the case of care environment factors, care duration has a negative effect to mental stress of caregivers. Patient's conditions have a direct effect on mental stress of caregivers. Capabilities for self-care operations of schizophrenic patients have a negative effect to burnout. Social support directly influences the care strategy of caregivers. Burnout has a negative effect to behaviors of caregivers.

ปริญญาบัตร

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

ของ

มยุรี กลั้ววงษ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นการวิจัย)
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

วันที่..... เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2552

คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตร

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต อินทสุวรรณ)

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาศลักษณ์ ชวัลลี)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาศลักษณ์ ชวัลลี)

.....กรรมการ
(ศาสตราจารย์ พ.ญ.นันทิกา ทวิชาชาติ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต อินทสุวรรณ)

.....กรรมการ
(ศาสตราจารย์ พ.ญ.นันทิกา ทวิชาชาติ)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม)

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาศลักษณ์ ชวัลลี ประธานกรรมการควบคุมปริญญาโท
ศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต อินทสุวรรณ และ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ กรรมการ
ควบคุมปริญญาโท ที่ได้สละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ และตรวจแก้ไขจนสมบูรณ์

ขอขอบคุณคณาจารย์ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน รวมทั้งอาจารย์ภายนอก
จากมหาวิทยาลัยอื่นๆ ทั้งในประเทศและจากต่างประเทศ ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ด้านต่างๆ แก่ผู้วิจัย
ทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ ความเข้าใจในการทำวิจัยเพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.พรณี บุญประกอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา
นายแพทย์วิวัฒน์ ไชยชาญ ที่กรุณาตรวจเครื่องมือวิจัย ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขจนกระทั่ง
สมบูรณ์

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพชร หัวหน้าสาขาวิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์
และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ ที่ให้ความอนุเคราะห์ เป็นที่ปรึกษา และกรุณาช่วยเหลือในการ
วิเคราะห์ข้อมูล ให้กับผู้วิจัยตลอดมา

ขอขอบคุณ นายแพทย์ศิริชัย ดาริการินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์
ราชนครินทร์ นางสนาม บินชัย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
ที่กรุณาสันับสนุนและเื้ออำนวยการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณ นางจันทร์เพ็ญ
อัครสถิตานนท์ อดีตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ นางสาว
อภิญา ปัญญาพร และน้องๆ ทุกคนที่เื้ออำนวยการในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอบคุณ พี่ น้องร่วม
วิชาชีพ ผู้ร่วมงานทุกท่านที่เป็นกำลังใจมาโดยตลอด

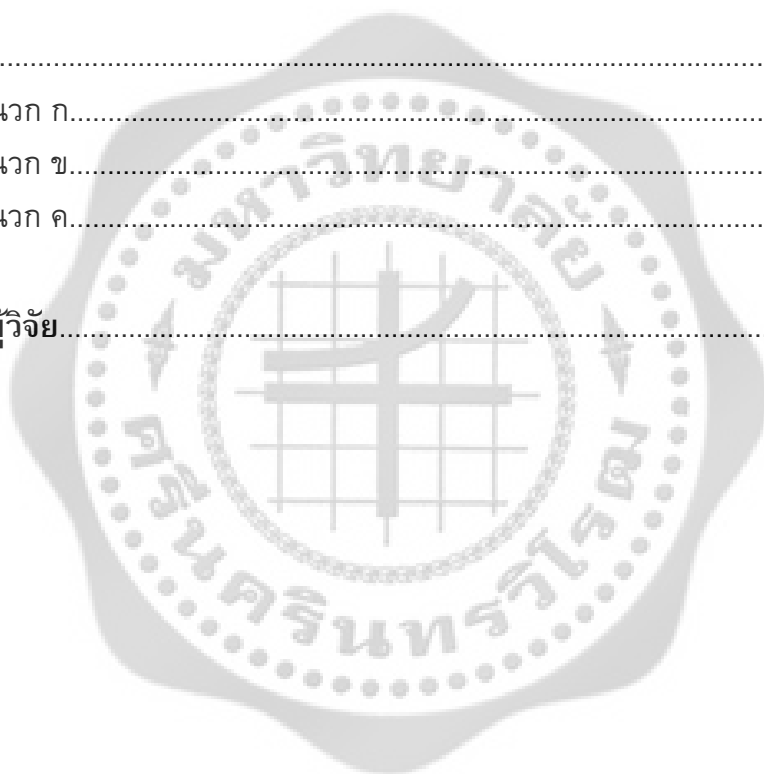
มยุรี กลั้ววงษ์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ความสำคัญของปัญหา.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
	ความสำคัญของการวิจัย.....	7
	ขอบเขตของการวิจัย.....	7
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	8
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	14
	สมมติฐานการวิจัย.....	17
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	22
	ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	22
	พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล.....	36
	ความเหนื่อยหน่าย.....	49
	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิต.....	62
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
	การสัมภาษณ์เบื้องต้นเพื่อกำหนดตัวแปรการวิจัย.....	73
	การกำหนดประชากรและการสุ่มตัวอย่าง.....	74
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	86
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
	การจัดกระทำข้อมูล.....	88
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
	ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง.....	94
	ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร.....	99
	2.1 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร.....	99
	2.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร.....	102
	ตอนที่ 3 การวิเคราะห์หึ่งค์ประกอบเชิงยืนยัน.....	107
	ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย.....	111

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	121
สรุปผลการวิจัย.....	122
การอภิปรายผล.....	123
ข้อเสนอแนะ.....	135
บรรณานุกรม.....	138
ภาคผนวก.....	150
ภาคผนวก ก.....	151
ภาคผนวก ข.....	173
ภาคผนวก ค.....	175
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	202



บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า	
1	สรุปเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง.....	90
2	สัญลักษณ์แทนตัวแปร.....	92
3	สัญลักษณ์แทนค่าสถิติ.....	94
4	จำนวน ร้อยละ ของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะ ทางชีวสังคม และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย.....	94
5	ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Std. Deviation) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปร ในการวิจัย.....	100
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต.....	103
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝง.....	106
8	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ของตัวแปรการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	108
9	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย ของตัวแปรพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล.....	101
10	ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มแรก (ตามสมมติฐาน).....	112
11	ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ปรับแล้ว.....	114
12	ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง(Direct effects: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effects: IE) อิทธิพลรวม (Total effects : TE) ของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เชิงพหุคูณกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R ²).....	116
13	ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ (Item – Objective Congruence Index : IOC) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	174
14	ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ (Item – Objective Congruence Index : IOC) แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	176

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และวัตถุประสงค์ (Item – Objective Congruence Index : IOC) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล.....	177
16 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) ของแบบประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	181
17 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) ของแบบวัด การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	183
18 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) ของแบบประเมิน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล.....	184
19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	187
20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดกลวิธีจัดการ กับปัญหาของผู้ดูแล.....	188
21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายด้าน และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล.....	191
22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	193

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
23 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล.....	195
24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล.....	197



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	17
2 แบบจำลองสมมติฐานการวิจัย.....	18
3 กระบวนการเกิดอาการเหนื่อยหน่าย.....	58
4 แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล หลังจากที่ให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดมีความสัมพันธ์กัน.....	115



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท จัดเป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิดและพฤติกรรมอย่างมาก (สันชัย วสุนธรา. 2547: 11) สาเหตุของโรคมาจากปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจ อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทพบได้ประมาณ 0.1 – 0.5 ต่อ 1,000 โดยอาการผิดปกติจะเริ่มในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มีลักษณะการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในขณะที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการแสดงที่พบเป็นอาการเด่น คือ มีความผิดปกติทางความคิด สามารถสังเกตเห็นได้จากการพูดที่เป็นประโยคไม่ต่อเนื่องไม่สัมพันธ์กัน พูดคำหรือประโยคซ้ำๆ พูดแล้วหยุดนิ่งไปเฉยๆ ฯลฯ มีความผิดปกติทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหว กิริยาท่าทางที่ผิดปกติไป ไม่มีสมาธิ ทำอะไรซ้ำๆ หรือไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ทำอะไรไม่ได้นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล นอกจากนี้พบมีอาการหลงผิด หวาดระแวง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับอาการประสาทหลอนหรือไม่ก็ได้ และอาการประสาทหลอนที่พบในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการหูแว่ว รองลงมาคือ การเห็นภาพหลอน และหลอนทางผิวหนัง ส่วนอาการรับรสและกลิ่นหลอนจะพบได้น้อย (มาโนช หล่อตระกูล; และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548: 122-124) ด้านการแสดงออกทางอารมณ์มักมีความผิดปกติจนสังเกตเห็นได้ไม่ยาก ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับความคิด ผู้ป่วยอาจหัวเราะ หรือหัวเราะโดยไม่ทราบสาเหตุ (Thai Medical Web. 2007: online) บางครั้งก็พบว่า ผู้ป่วยจะหงุดหงิด โมโหง่าย มีพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ซึ่งเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยบางรายร้องตะโกนในที่สาธารณะ (Ip; & McKenzie. 1998) และบางครั้งอาจเดินออกนอกบ้านโดยไม่ได้ใส่เสื้อผ้า ฯลฯ (รัชนิกร อุปเสน. 2541) ส่วนความสามารถในการติดต่อกับสังคมผู้ป่วยจะแสดงอาการเฉื่อยชา ซึมลง มีปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยมักพูดเพิ่มพ้ำ โตตอบคนเดียว (ยอดสร้อย วิเวกรรณ. 2543) มักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่หลบนอน ไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ (ตุลภา บุปผาสังข์. 2545) หรือพูดในสิ่งที่ไม่เป็นความจริงเนื่องมาจากอาการหลงผิด หรือปฏิเสธการรับประทานยา หรือแอบทิ้งยา และในที่สุดผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ยังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ แปรงฟัน หรืออาบน้ำไม่สะอาด (รัชนิกร อุปเสน. 2541; Tungpunkom. 2000) สวมใส่เสื้อผ้าเก่าๆ ขาดๆ หรือรื้อคันเสื้อผ้าของผู้อื่นมาสวมใส่ ซึ่งดูแล้วไม่เหมาะสม พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากบรรทัดฐานของสังคม จนกระทั่งญาติหรือผู้ดูแลต้องตัดสินใจพาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทจะพิจารณาจากความรุนแรงของอาการที่พบ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะเฉียบพลันก็จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน เพื่อรักษาอาการทางจิตที่รุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือสับสน วุ่นวาย เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือคนรอบข้าง ซึ่งตามปกติจะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเป็นครั้งแรก หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย อาจจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่า 1 – 2 สัปดาห์ (NAMI. 2007: online) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งระดับความรุนแรงของอาการทุเลาลง สามารถสื่อสารกับคนรอบข้างได้ ควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ดีขึ้นกว่าในช่วงแรกที่รับไว้รักษา ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในอีกกรณีหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการไม่อยู่ในระดับที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลก็จะให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งการรักษาทั้งแบบที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จะมีเป้าหมายของการรักษาก็คือ รักษาให้หายหรือบรรเทาอาการ ป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ โดยการให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้มีอาการกำเริบ และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. 2550: ออนไลน์)

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวจึงจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อบุคลากรที่มีสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลา ยาวนานกว่าที่ผู้รักษา โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539: 86) เป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อบุคลากรทางสุขภาพจิต จนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ ดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม และไม่มีอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่วนมากผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) จะเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ที่มีหน้าที่โดยตรงคอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเกือบทุกด้านของชีวิต โดยผู้ดูแลไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใด ๆ การดูแลจะต้องเน้นการตอบสนองความต้องการของบุคคล อย่างเป็นองค์รวมทั้ง 3 มิติ คือ กาย จิตและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ ซึ่งกระบวนการดูแล มีความสำคัญอยู่ที่ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้ป่วยให้การช่วยเหลือหรือปฏิบัติต่อกันด้วยความรัก เคารพในความเป็นบุคคล มีเหตุผล และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพชีวิตที่เป็นสุขจนถึงระดับของความพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ขณะเดียวกันผู้ดูแลต้องเกิดความพึงพอใจ สุขใจที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Leininger. 1991) แต่ในทางปฏิบัติผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยตรงจะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการดูแล หรือการพยายามทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (Baker. 1989: 31) เนื่องจากความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ ความบกพร่องด้านการสื่อสารกับคนรอบข้าง ไม่เข้าใจคำแนะนำของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถที่จะเริ่มพูดคุยกับคนอื่น กลัวคนแปลกหน้า แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความอดทน ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ เป็นต้น (นิตยา ตากวิริยะนันท์; และ ชนมชน สุยะชิวัน. 2536: 29-35; Martha A.Churchill. 2007: online) บางรายมีปัญหาในการดูแล

สุขอนามัยของตนเอง (Underwood. 1990: 175-330) รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (ภาวดี การเร็ว. 2541) หรือไม่สามรถบอกให้ญาติทราบถึงอาการเตือนสำคัญที่จะทำให้มีอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำอีกได้ เช่น นอนไม่หลับ เศร้าใจ ท้อแท้ หดหู่ ฯลฯ (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิราช; และคณะ. 2542) ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมเหล่านี้ จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกข์ทรมาน และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ ขณะที่ผู้ดูแลบางรายก็จะทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนสุขภาพทรุดโทรม (นันทิกา ทวีชาชาติ; และคณะ. 2539) และมีชีวิตความเป็นอิสระส่วนตัวน้อยลงกว่าเดิม เนื่องจากมีภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

ปรากฏการณ์ที่กล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงปฏิภพในการปรับตัวของผู้ดูแลเพื่อรักษาสมดุลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้สามารถนำแนวคิดของ เซเย (Selye. 1956) เกี่ยวกับการปรับตัวของบุคคลในการตอบสนองต่อความเครียด มาใช้ในการอธิบายการปรับตัวของผู้ดูแลในการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ว่า ระยะแรกผู้ดูแลจะรู้สึกตกใจกับการที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย หลังจากที่ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาล โดยไม่มีโอกาสเตรียมความพร้อมมาก่อน ต่อมาผู้ดูแลจะคิดหาวิธีที่จะนำมาใช้ในการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับความเครียด ด้วยการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะการดำเนินโรคเรื้อรัง และจะมีอาการทางจิตกำเริบ รุนแรงเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยต้องการการดูแลเกือบทุกด้านของชีวิตอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลายาวนานในการบำบัดรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและอยู่ร่วมกับสังคมได้ ผู้ดูแลจึงมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากภาระแบกรับในการดูแลดังกล่าว

สถานการณ์ความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากภาระแบกรับในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องทนอยู่ในสภาพการณ์ที่ตึงเครียด บีบคั้น เสี่ยงอันตราย เป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเหนื่อยล้า เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆ ในทางลบ เช่น อาจเกิดการปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าตนมีปัญหา (denial) เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ หรือมีความคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไปหรือไม่ก็คอยเฝ้าดูผู้ป่วยตลอดเวลาว่าอาการจะกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. 2531: 100) และสถานการณ์ตามที่กล่าวมานี้ ผู้ดูแลแต่ละคนจะมีปฏิภพการตอบสนองต่อความเครียด หรือมีกลวิธีจัดการกับปัญหาด้วยการใช้ความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมในรูปแบบที่แตกต่างกันไปบางคนอาจจะรับรู้ว่สิ่งแวดลอมจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นสิ่งที่ท้าทาย (Challenge) ต้องการเอาชนะ หรือรับรู้ว่สิ่งแวดลอมนั้นมีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign Positive) ผู้ดูแลคนนั้นจะสามารถหันเหความสนใจไปในเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว ผู้ดูแลเหล่านี้มักจะไมเกิดกลุ่มอาการเหนื่อยหน่าย แต่ถ้าผู้ดูแลรับรู้ว่สิ่งแวดลอมนั้นเป็นความเครียดที่เรื้อรังยาวนานเกินความสามารถในการปรับตัว ก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต นำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายซึ่งถือเป็นความล้มเหลวในการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียด (Mulday. 1983: 17-19; Lazarus; & Folkman. 1984) โดยอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความเหนื่อยหน่าย คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้ป่วยและผู้อื่น การไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน ตั้งแต่ระดับต่ำ จนถึง ระดับสูง (Maslach; & Jackson. 1981)

ส่วนแนวคิด ที่อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลพบว่า แนวคิดของ แมสแลช (Maslach. 1986: 56-63) พิจารณาจาก ปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย บุคลิกภาพ ความเครียด และ กลวิธีจัดการกับปัญหา ทั้งนี้ ความเครียดถือเป็นตัวแปรสำคัญ มีความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย เนื่องจากการทำงานมากเกินไป ทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง หรือความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมักเริ่มจากการที่บุคคลต้องทำงานที่มีลักษณะต้องทุ่มเท บิบบคั้น และมองไม่เห็นผลสำเร็จภายใต้ความเครียดที่รุนแรง เป็นระยะเวลาานานต่อเนื่องกัน และบุคคลไม่สามารถเผชิญกับความเครียดในการทำงานได้ (Cherniss. 1980) นอกจากนี้ แมสแลช (Maslach. 1986: 62-63) พบว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ จะมีความกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง บุคคลเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้สูงบุคคลที่ขาดความอดทนอดกลั้น มักจะมีความคับข้องใจจากอุปสรรคในการทำงาน มีโอกาสทำให้เกิดการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ และก่อความเสียหายต่อผู้รับบริการได้ สำหรับกรณีบุคคลที่เชื่อมั่นในตนเองสูงจะคิดว่าตนเองมีศักยภาพในการจัดการควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างได้ หรือคนที่มักจะหวังพึ่งพาสิ่งแวดล้อมภายนอกอยู่ตลอดเวลา เมื่อประสบความผิดหวังคนกลุ่มนี้จะรู้สึกล้มเหลว บุคคลที่ไม่ได้รับการฝึกฝนเตรียมในการทำงานเพียงพอ เมื่อต้องทำงานภายใต้สถานการณ์จริง จะมีความเครียดสูง ประสบกับภาวะช็อคในการปฏิบัติงาน เมื่องานมิได้เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ (Muldary. 1983: 102 - 119) นอกจากนี้ แนวคิดของลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus; & Folkman. 1984) ยังได้อธิบายว่า กลวิธีจัดการกับปัญหา เป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึงการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลในการแก้ไข หรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนั้นคลี่คลายลง โดยมีผลการวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้ คือ การศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีจัดการกับปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชของ สกัสซุฟกา และ คุยเพอร์ส (Sczufca; & Kuipers. 1999: 154-158) พบว่า การเลือกใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทขึ้นอยู่กับความรู้สถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยกลวิธีจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหาของญาติมีความสัมพันธ์กับภาระแบกรับในการดูแลผู้ป่วยความทุกข์ของญาติ และการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน ซึ่งญาติผู้ป่วยที่ใช้กลวิธีจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยความสามารถของตนเอง จะช่วยลดความรู้สึกทุกข์ในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้มากกว่า การใช้กลวิธีจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา

นอกจากนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล พบว่า แนวคิดของแมซแลช (Maslach. 1986: 56-63) ยังได้พิจารณาถึงปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่ประกอบด้วย ตัวแปรด้าน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาของ จิริบอگا และไบเลย์ (Chiriboga; & Bailey. 1986: 84-91) พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยจะเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยหลายรายงาน ที่พบว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 5 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 6 - 10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไปตามลำดับ (สิระยา สัมมาวาท. 2532: 48; นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์. 2534: 95; จันทรา วีรปฏิญญา. 2537: 116) ส่วนตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมก็พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antonovsky. 1982: 189-190; Lazarus; & Folkman 1984: 249-251) โดยจะช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ ได้ดี (Cohen; & Wills. 1985: 44) มีกำลังใจในการที่จะเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการป้องกัน และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดและบรรเทาความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้น

แต่เมื่อผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรต่างๆ ที่พบจากการทบทวนแนวคิดและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามที่นำเสนอมาแล้ว อาจไม่เหมาะสมกับบริบทในการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นมาจากบริบทที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลจำนวน 6 คน ซึ่งทำให้เห็นตัวแปรในบริบทจริงบางตัวแปรที่ยังไม่ได้นำเสนอไว้ในทฤษฎี ได้แก่ ตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และตัวแปรสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การมีอาการกำเริบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และผู้วิจัยได้กำหนดเป็นตัวแปรในกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสภาพปัญหาการดูแลและแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ตามที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้มีสภาพชีวิตที่เป็นสุขตามอัตภาพ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ แต่ในทางปฏิบัติ ผู้ดูแลต้องประสบกับสภาพปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าทุกข์ทรมาน และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ เกิดอาการซึมเศร้าเมื่อการดูแลไม่บรรลุผลสำเร็จและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ (วราวรรณ ยศธรรมเสนี. 2537; อ้างอิงจาก Kane. 1984: 21) ดังนั้น การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้บรรเทาจากความเครียด และความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แต่จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล พบแต่การศึกษาเฉพาะบางตัวแปรหรือกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจะเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย เท่านั้น เช่น การศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ฯลฯ

หรือ มีการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ หรือมีการศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ภาระระดับของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะต่างจากผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน จึงเป็นการยากที่จะนำข้อมูลมาใช้ในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความเครียด และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม และจัดการแก้ไขตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีตัวแปรข้างต้นทั้งปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมกรรมการดูแลผู้ป่วย เป็นตัวแปรที่ถูกกำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย ที่จะนำไปพิสูจน์ยืนยันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผลที่ได้ไปใช้ในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปร ในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปร ในกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเหนื่อยหน่าย ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาน่าจะก่อให้เกิดคุณค่าทางด้านวิชาการ และด้านการปฏิบัติ ดังนี้

1. ผลที่ได้ทางด้านวิชาการ

ทำให้ได้ข้อค้นพบในการอธิบายความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล จากการบูรณาการตัวแปรสำคัญจากทฤษฎีบุคลิกภาพ แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด แนวคิดเกี่ยวกับกลวิธีจัดการกับปัญหา แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการประสานแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาเข้าด้วยกัน

2. ผลที่ได้เชิงปฏิบัติ

ทำให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแล หรือวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพิจารณาถึงปัจจัยสำคัญ ที่ควรส่งเสริมและพัฒนาเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้ประสบผลสำเร็จในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลได้อย่างมีทิศทางต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดสถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ ในช่วงที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ทั้งแบบผู้ป่วยในและแบบผู้ป่วยนอก ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย โดยผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย ในฐานะ คู่สมรส หรือบิดา มารดา หรือบุตร หรือพี่ หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยที่มีหน้าที่โดยตรงคอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใดๆ และเป็นผู้ดูแลที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จำนวน 375 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ตัวแปรแฝงภายนอกหรือตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย

1.1 ปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่

1.1.1 บุคลิกภาพ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 2 ตัว คือ ลักษณะแสดงตัว - ลักษณะเก็บตัว และ อารมณ์ห้วนไหว - มั่นคง

1.1.2 ความเครียด

1.1.3 กลวิธีจัดการกับปัญหา ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ การจัดการแบบมุ่งเน้นแก้ไขปัญหา การจัดการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ และการจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา

1.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1.2.1 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

1.2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 6 ตัว คือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร น้ำและการพักผ่อนนอนหลับการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การขับถ่ายและการรักษาความสะอาด การออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ

1.2.3 สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การมีอาการกำเริบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

1.2.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน

2. ตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ ตัวแปรคั่นกลาง คือ ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

2.1 ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกต 3 ตัว คือ ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น และ ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน

2.2 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ประกอบด้วยตัวแปรสังเกต 10 ตัว คือ การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้กำลังใจและให้ความหวัง การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันที่ การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผลการชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีภาวะความแปรปรวนทางจิตใจจนทำให้มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออกอย่างรุนแรง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและสูญเสียความสามารถในการรับรู้โลกแห่งความเป็นจริง ที่เคยมารับบริการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ ทั้งกรณีมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและหรือแบบผู้ป่วยใน และแพทย์ให้การวินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตเภทตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : Tenth Revision) ตามที่องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำขึ้น เพื่อจำแนกโรคทางจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม โดยผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือ กลุ่มจิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภท และความหลงผิด (F20-F29) เท่านั้น

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย มีหน้าที่โดยตรงคอยช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งทางกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใดๆ

3. การปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลได้ปรับเปลี่ยนต่างๆ ทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย ให้สอดคล้องตามกระบวนการปรับตัวเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ถ้าการปรับตัวของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ดูแลพึงพอใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง และรู้สึกประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น แต่หากการปรับตัวของผู้ดูแลล้มเหลว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย ไม่พึงพอใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ต่ำลง ในการวิจัยนี้ การปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีลักษณะเป็นกระบวนการที่อธิบายถึงปัจจัยสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งเป็นกระบวนการที่อธิบายถึงความล้มเหลวของผู้ดูแลในการปรับตัว คือเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

4. ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวกับความเครียดเรื้อรังในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ดูแลจะรู้สึกท้อแท้ ไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะอาการที่บ่งบอกถึงผลของการปรับตัวของผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จล้มเหลว ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการศึกษานี้ประกอบด้วย

4.1 อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) หมายถึง ความรู้สึกหมดกำลังใจหรือแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล หมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

4.2 การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น (depersonalization) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ไม่ให้ความสนใจ ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แสดงท่าทีรังเกียจ ไม่พอใจผู้ป่วย

4.3 ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน (lack of personal accomplishment) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับการด้อยความสามารถ ล้มเหลว มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

5. ปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล หมายถึง ลักษณะของผู้ดูแลที่ช่วยสนับสนุนการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย บุคลิกภาพ ความเครียด และ กลวิธีจัดการกับปัญหา

5.1 บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะโดยรวมของผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย อารมณ์ ความรู้ความสามารถที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์ สิ่งแวดล้อมของผู้ดูแล ที่แสดงออกให้เห็นและสามารถประเมินได้จากแบบทดสอบบุคลิกภาพ Maudsley Personality Inventory : MPI ซึ่งแบบทดสอบนี้จะประเมินบุคลิกภาพออกได้เป็น 2 มิติ คือ หนึ่ง มิติเชิงพฤติกรรมการแสดงออก แบ่งออกเป็น การแสดงตัว (Extraversion) – การเก็บตัว (Introversion) และสอง มิติเชิงสภาวะอารมณ์ แบ่งออกเป็น แนวโน้มประสาท (Neuroticism) – อารมณ์มั่นคง (Stability)

การวัดบุคลิกภาพของผู้ดูแลในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบบุคลิกภาพ Maudsley Personality Inventory : MPI ตามแบบของอายเซงค์ (Eysenck, 1962) ซึ่ง สมทรง สุวรรณเลิศ และคณะ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย (แสงสุรีย์ สำอางค์กุล, 2534: 2; ขวัญจิตร ยิ่งยวด, 2544: 65; อ้างอิงจาก สมทรง สุวรรณเลิศ; และคณะ, 2512: 17 - 29) มาใช้ในการประเมินบุคลิกภาพของผู้ดูแล แบบวัดนี้ ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ “ใช่” “ไม่แน่ใจ” “ไม่ใช่” เมื่อข้อความที่อยู่ใน มาตรา อี (Erotic scale) ผู้ตอบจะได้คะแนน 2,1,0 คะแนน จากคำตอบ “ใช่” “ไม่แน่ใจ” “ไม่ใช่” แต่ถ้าข้อความนั้นๆ อยู่ในมาตรา เอ็น (Neurotic scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนตรงข้าม โดยค่าคะแนนที่เป็นจุดตัดในการวัดแนวโน้มบุคลิกภาพ การแสดงตัว (Extraversion) – การเก็บตัว (Introversion) และแนวโน้มประสาท (Neuroticism) – อารมณ์มั่นคง (Stability) คือ 25 คะแนน

5.2 ความเครียด หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย และจิตใจ ต่อความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความเครียดอันเนื่องมาจากตัวผู้ดูแลเอง เช่น กังวลว่าจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ถูกคุกคามจากผู้ป่วย รู้สึกไม่ปลอดภัย เสียงต่ออันตราย รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีสถานการณ์กดดันที่เป็นเหตุของความเครียด เช่น งาน ครอบครัวย การเงิน สังคม ฯลฯ จนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ไป และแสดงอาการของความเครียดออกมา

การวัดความเครียดของผู้ดูแลในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียดสวนปรุง ของกรมสุขภาพจิต (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล; และคณะ, 2540) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา แบบวัดนี้ ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ตั้งแต่ “ไม่เลย” “เล็กน้อย” “ปานกลาง” “มาก” “มากที่สุด” ผู้ตอบจะได้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน จากคำตอบ “ไม่เลย”

ถึง มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเครียด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 มาตรา (1 – 5)

5.3 กลวิธีการจัดการกับปัญหา หมายถึง การรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลในการแก้ไข หรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนั้นคลี่คลายลง ซึ่งการศึกษากลวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลจะวัดออกมาใน 3 ลักษณะ คือ

5.3.1 กลวิธีการจัดการแบบมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง คือ การที่ผู้ดูแลพยายามใช้ความสามารถของตนมาจัดการกับปัญหา หรือความเครียด

5.3.2 กลวิธีการจัดการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ คือ การที่ผู้ดูแลพยายามหาความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ในการจัดการกับปัญหาหรือความเครียด

5.3.3 กลวิธีการจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา คือ การที่ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการเผชิญปัญหา หลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น

การวัดกลวิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล ในการศึกษาี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น ตามที่ ฟรายเดนเบอร์กและลูอิส (Frydenberg; & Luwis. 1990) ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย วิชา มิ่งเมือง (วิชา มิ่งเมือง. 2540) ใช้วัดกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในการศึกษาี้ แบบวัดนี้ผู้ดูแลจะเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 54 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ตั้งแต่ “ไม่เคยเลย” “เล็กน้อย” “ปานกลาง” “มาก” “มากที่สุด” ผู้ตอบจะได้คะแนน 1 ถึง 4 คะแนน จากคำตอบ “ไม่เคยเลย” ถึง “มาก” โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนกลวิธีการจัดการปัญหา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 มาตรา (1 – 4)

6. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย หมายถึง สภาวะที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งมีส่วนช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยในการศึกษาี้ ประกอบด้วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

6.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลได้เริ่มทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (ในขณะที่ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม)

6.2 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขอนามัยของตนเอง มีงานทำหรือเรียนหนังสือได้ มีที่พักอาศัย มีเพื่อน มีสัมพันธภาพกับครอบครัว แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยไม่ทำเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

การวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการศึกษาี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของ มยุรี กลับบวงษ์ (มยุรี กลับบวงษ์. 2551) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา แบบวัดนี้ ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อ

คำถามจำนวน 26 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ตั้งแต่ “ไม่ปฏิบัติเลย หรือ ปฏิบัติเองไม่ได้เลย” “ปฏิบัติได้เป็นบางส่วน” “ปฏิบัติได้เองเมื่อได้รับคำแนะนำ” แบบประเมินแต่ละข้อจะได้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน จากคำตอบ ไม่ปฏิบัติเลย ถึง ปฏิบัติได้เองเมื่อได้รับคำแนะนำ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 มาตรา (1 – 3)

6.3 สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย หมายถึง สภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาในช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยข้อมูลในส่วนนี้จะได้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวนครั้งที่มีอาการมีอาการกำเริบ จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

6.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการด้านต่างๆ ในชุมชน บุคคลที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน ฯลฯ นับตั้งแต่เริ่มทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

6.4.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือที่ทำให้ผู้ดูแลมีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ หมายถึง การได้รับความรัก กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ การยอมรับ นับถือ ยอมรับฟังความรู้สึกนึกคิดและเห็นคุณค่า

6.4.2 การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information support) เป็นการได้รับคำแนะนำที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่ผู้ดูแลได้กระทำแล้วหมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูล ข่าวสารที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

6.4.3 การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน และการบริการ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือทางด้านข่าวของ เครื่องใช้ ที่พักอาศัย การเงิน รวมถึงการช่วยงานต่างๆ เช่น จัดหาอาหาร ทำความสะอาดที่พักอาศัย ฯลฯ

การวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของ เชฟเฟอร์ และคณะ (ที่ปประพิณ สุขเขียว. 2543; อ้างอิงจาก Schaefer; et al. 1981) แบบวัดนี้ผู้ดูแลจะเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 5 จากคำตอบ “น้อยมาก” ถึง “มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 มาตรา (1-5)

7. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติและการทำกิจกรรมต่างๆที่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อตอบสนองความต้องการทางกายภาพ จิตสังคมและจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนที่ผ่านมา พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

7.1 การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ สนใจ ให้ความสนใจในการพูดคุย ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนโยน แสดงความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วย

7.2 การให้กำลังใจและให้ความหวัง หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการแสดงท่าทีชื่นชม หรือ บอกให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ดีในตัวของผู้ป่วยเอง

7.3 การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันท่วงที หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการสังเกต การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ และการมีสัมพันธภาพกับครอบครัว ของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

7.4 การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ เปิดเผย ใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมภายในบ้าน

7.5 การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการให้อภัย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้โอกาสผู้ป่วยในการอธิบาย และรับฟังเรื่องของผู้ป่วยแล้ว

7.6 การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการทำความเข้าใจสาเหตุของปัญหา หาทางแก้ไข วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย รวมถึงคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามที่ได้พูดคุยกัน และติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

7.7 การชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และแนะนำเกี่ยวกับการแสดงออกอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วย

7.8 การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการจัดบ้านให้น่าอยู่ สะอาด อากาศถ่ายเทได้ดี ปลอดภัย ไม่ใช้คำพูดตำหนิ ดุด่า หรือทำร้ายผู้ป่วย

7.9 การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ รับประทานยาตามเวลา เตือนให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ร่างกาย ให้ออกกำลังกาย และพักผ่อนอย่างเพียงพอ

7.10 การช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการสนับสนุน หรือพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว ในชุมชน พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติ

การวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ในการศึกษาที่ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ตามที่ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ได้สร้างขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson. 1985) และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแล มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษาแบบวัดนี้ ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 4 จากคำตอบ “ไม่เคย” ถึง “เป็นประจำ” โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 มาตรา (1-4)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้วิจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรสำคัญที่พบว่าส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล จากแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

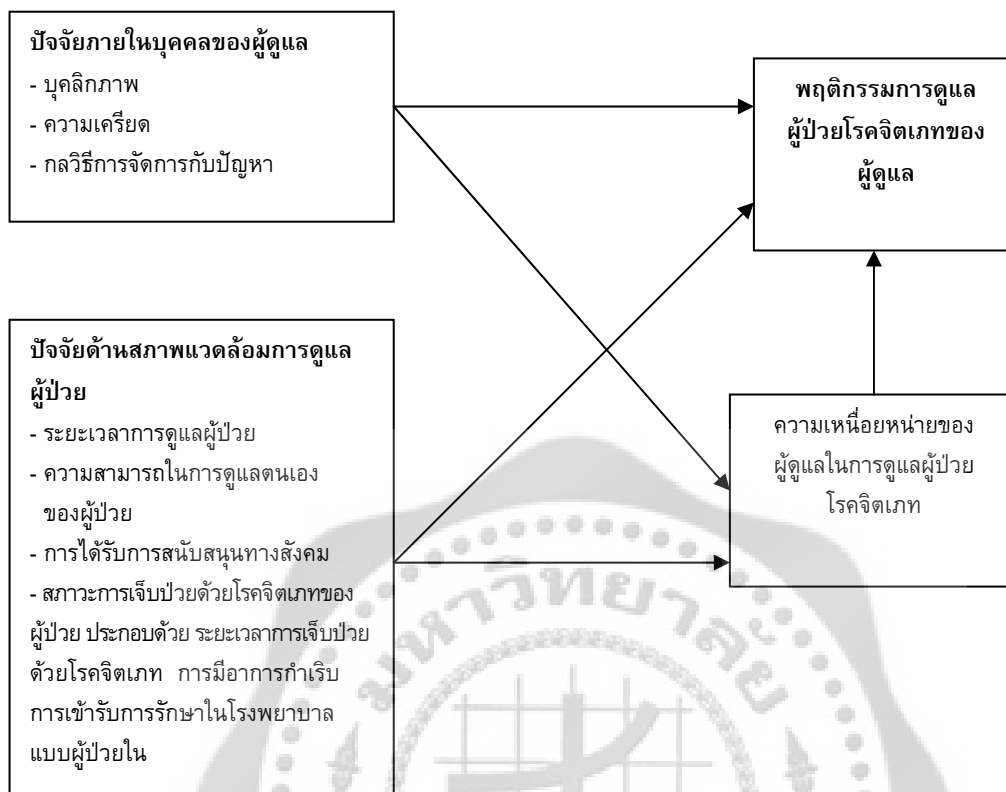
ส่วนแรก เริ่มจากการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยบนพื้นฐานทฤษฎีที่ใช้อธิบายการปรับตัวของบุคคลในการตอบสนองต่อความเครียด ตามแนวคิดของ เซเย่ (Selye. 1956) อธิบายไว้ว่าบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ใน 3 ระยะ คือ ระยะบอกรเหตุหรือระยะตกใจ (Stage of Alarm) จะเป็นระยะสั้นๆ ที่บุคคลจะโต้ตอบสิ่งที่มากระตุ้นทันทีทันใด ไม่มีโอกาสพิจารณาหรือตั้งสติกับเหตุการณ์ ต่อมาคือระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) ระยะนี้บุคคลได้มีเวลาคิดหาวิธีที่จะนำมาใช้ในการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับความเครียด จะมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเห็นได้จากพฤติกรรมการแสดงออก ที่บ่งบอกถึงเจตคติ และพฤติกรรมที่แสดงออก จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยและความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น และระยะหมดกำลัง (Stage of Exhaustion) เป็นระยะที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนาน ต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น บุคคลจะไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไปและต้องพบกับภาวะที่อ่อนล้า หมดกำลังในการที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ไปในที่สุด ผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาใช้อธิบายปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของผู้ดูแล ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยหน่าย คือ ระยะแรกผู้ดูแลจะรู้สึกตกใจกับการที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยไม่มีโอกาสเตรียมความพร้อมมาก่อน ต่อมาผู้ดูแลจะคิดหาวิธีที่จะนำมาใช้ในการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับความเครียด ผู้ดูแลมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะการดำเนินโรคเรื้อรัง และจะมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเป็นระยะๆ ผู้ป่วยต้องการการดูแลเกือบทุกด้านของชีวิตอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาที่ยาวนานในการบำบัดรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และอยู่ร่วมกับสังคมได้ ผู้ดูแลจึงมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากภาระแบกรับในการดูแล และถ้าการปรับตัวของผู้ดูแลประสบกับล้มเหลวก็จะนำไปสู่การเกิดความเหนื่อยหน่าย นอกจากนี้ ตามแนวคิดของ แมชแลช (Maslach. 1986) ได้ อธิบายว่า ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เป็นต้น ก็มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล และแนวคิดของ ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus; & Folkman. 1984) ก็อธิบายไว้เช่นกันว่า การปรับตัวของบุคคลต่อสถานการณ์ความเครียด

ด้วยการใช้กลวิธีในการจัดการกับปัญหา จะแตกต่างกันไป บางคนอาจจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ทำทนาย ต้องการเอาชนะ หรือรับรู้ว่าการดูแลมีผลในทางที่ดีกับตนเอง ผู้ดูแลก็จะเกิดการ ผ่อนคลายและไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว แต่ถ้าผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็น ความเครียดที่เรื้อรังยาวนานเกินความสามารถในการปรับตัวก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต นำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย ได้เช่นกัน จากแนวคิดต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้นำมาสร้างกรอบแนวคิดโดยกำหนดกลุ่มปัจจัยเชิงสาเหตุในส่วนที่เป็นปัจจัยภายในบุคคล ของผู้ดูแล อันประกอบด้วย บุคลิกภาพ ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เป็นต้น ความเครียด และกลวิธีจัดการกับปัญหา และกำหนดความเหนื่อยหน่ายเป็นตัวแปรผล ใน การศึกษาครั้งนี้

ส่วนที่สอง แนวคิดที่อธิบายให้เห็นถึงปัจจัยที่มีส่วนช่วยลดความรุนแรงของสถานการณ์ ความเครียด มีดังนี้ โคเฮน และ วิลล์ (Cohen; & Wills. 1985) อธิบายว่า การได้รับการสนับสนุน ทางสังคมที่ดีจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง มีกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา ช่วยลด ความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤติได้ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน ที่มีความ ใกล้เคียงกับแนวคิดของ โคเฮน และ วิลล์ (Lazarus; & Folkman. 1984; Cohen; & Wills. 1985) ทั้ง 2 แนวคิด อธิบายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมถึงครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรง สนับสนุนทางอารมณ์ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ยามทุกข์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุประสงค์และการบริการจะส่งผลให้บุคคลมี กำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น แนวคิดในส่วนนี้ เน้นให้เห็นถึงความสำคัญ ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการ ยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้เอื้อประโยชน์หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือแนะนำต่างๆ จะมีส่วนช่วยให้การปรับตัวของผู้ดูแลมี ประสิทธิภาพ ผู้ดูแลพึงพอใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถ ของตนเอง และรู้สึกประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น แต่หากการปรับตัวของผู้ดูแลล้มเหลว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย ไม่พึงพอใจในการทำ หน้าที่ดูแลผู้ป่วย ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ด้อยลง ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับ การดูแลตามที่ วัตสัน (Watson. 1989) อธิบายไว้ คือความรักและการดูแลกัน เป็นคุณสมบัติที่มีอยู่ใน มนุษย์ทุกคน มนุษย์ต้องการความรักและการดูแลเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต การช่วยเหลือที่เริ่มจาก ความตั้งใจ ความรัก จะทำให้การปฏิบัติต่อกันมีความอ่อนโยน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ซึ่งเป้าหมาย ของการดูแล คือ ให้บุคคลมีภาวะดุลยภาพของกาย จิต และจิตวิญญาณ มีการเรียนรู้ มองเห็น คุณค่าของตนเองและการดูแลเยียวยาตนเอง จะเห็นได้ว่าแนวคิดส่วนนี้มีบทบาทสำคัญในทางบวก ผู้วิจัยได้นำมากำหนดกรอบแนวคิดหลักในการอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุในส่วนที่เป็นปัจจัยด้าน สภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ของผู้ดูแล

ส่วนที่สาม ผู้วิจัย มีความเห็นว่า การนำแนวคิดข้างต้นทั้งหมดตามที่กล่าวมาแล้วมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิด ผู้วิจัยได้หยิบยกตัวแปรบางตัว โดยเฉพาะตัวแปรที่พิจารณาแล้วว่ามีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล เพราะบริบทตามแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาเป็นการอธิบายถึงความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์กร ซึ่งมีปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น ตัวแปรด้านลักษณะงาน บรรยากาศในการทำงาน ฯลฯ ที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลอย่างสิ้นเชิง ดังนั้นจึงทำการศึกษาเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 6 คน เพื่อค้นหาตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้พบปัจจัยเชิงสาเหตุในส่วนที่เป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวแปรที่ปรากฏเช่นเดียวกับแนวคิดของ แมชแลช (Maslach, 1986) และพบตัวแปรที่เป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายอีกส่วนหนึ่ง คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การมีอาการกำเริบและ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแบบผู้ป่วยใน จึงได้นำมากำหนดเป็นตัวแปรในการศึกษานี้ด้วย

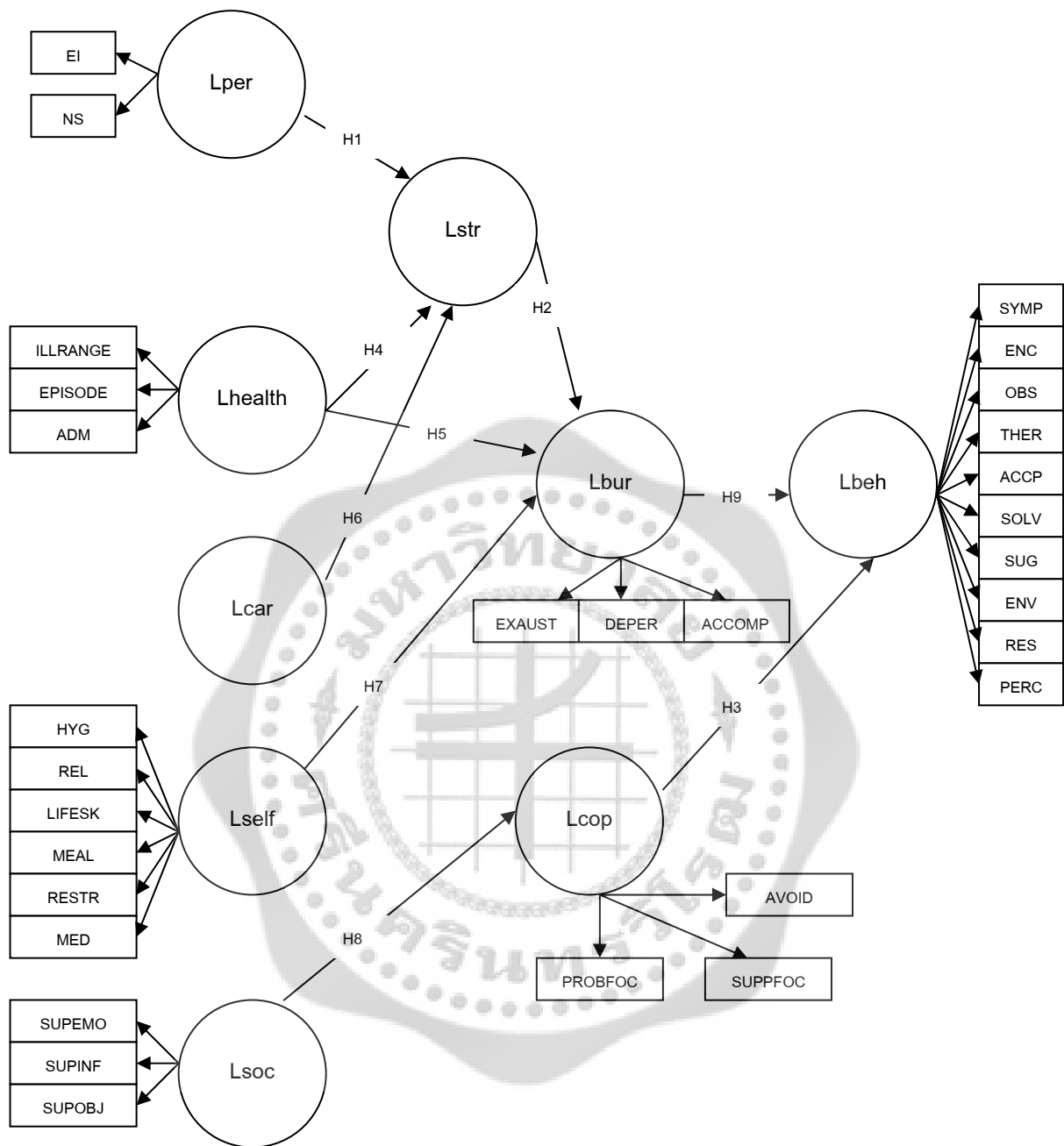
สรุป ผู้วิจัยได้ทบทวน ค้นคว้าแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต่างๆ เพื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างกัน จนกระทั่งสามารถนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาที่ระบุความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวแปรต่างๆ ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

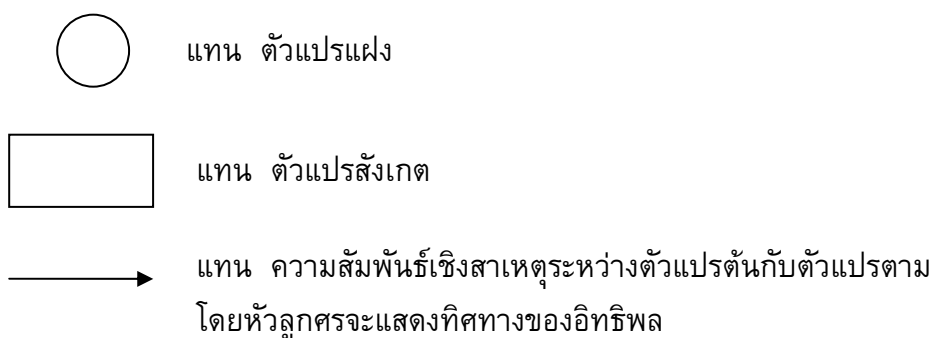
สมมติฐานในการวิจัย

จากกรอบแนวคิดในการวิจัยที่นำเสนอมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยได้นำตัวแปรต่างๆ มาสร้างเป็นแบบจำลองสมมติฐาน (Hypothesized model) ซึ่งเป็นแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แบบจำลองสมมติฐานการวิจัย

สัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย



Lper	หมายถึง บุคลิกภาพ
EI	หมายถึง มิติเชิงพฤติกรรมการแสดงออก (แสดงออก – เก็บตัว)
NS	หมายถึง มิติเชิงสภาวะอารมณ์ (หวั่นไหว – มั่นคง)
Lstr	หมายถึง ความเครียด
Lcop	หมายถึง กลวิธีจัดการกับปัญหา
PROBFOC	หมายถึง การจัดการแบบมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง
SUPPFOC	หมายถึง การจัดการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ
AVOID	หมายถึง การจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา
Lcar	หมายถึง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย
Lself	หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
HYG	หมายถึง การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล
REL	หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
LIFESK	หมายถึง การออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ
MEAL	หมายถึง การรับประทานอาหาร น้ำและการพักผ่อนนอนหลับ
RESTR	หมายถึง การขยับถ่ายและการรักษาความสะอาด
MED	หมายถึง การรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา
Lhealth	หมายถึง สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย
ILLRANGE	หมายถึง ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท
EPISODE	หมายถึง จำนวนครั้งที่มีการกำเริบ
ADM	หมายถึง จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

Lsoc	หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
SUPEMO	หมายถึง การสนับสนุนด้านอารมณ์
SUPINF	หมายถึง การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร
SUPOBJ	หมายถึง การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ และแรงงาน
Lbur	หมายถึง ความเหนื่อยหน่าย
EXAUST	หมายถึง ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์
DEPER	หมายถึง การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น
ACCOMP	หมายถึง ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน
Lbeh	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
SYMP	หมายถึง การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย
ENC	หมายถึง การให้กำลังใจและให้ความหวัง
OBS	หมายถึง การสังเกตและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
THER	หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ
ACCP	หมายถึง การยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย
SOLV	หมายถึง การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล
SUG	หมายถึง การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย
ENV	หมายถึง การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
RES	หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
PERC	หมายถึง การช่วยให้เกิดความเข้าใจในชีวิต

จากภาพประกอบ 2 เป็นการแสดงแบบจำลองสมมติฐานโครงสร้างของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งสมมติฐานเกิดจากกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยตามตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล และ ปัจจัยในกลุ่มสภาพแวดล้อมการดูแล และศึกษาตัวแปรสำคัญที่พบว่ามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากแนวคิดที่สำคัญต่างๆ ตามที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยว่า แบบจำลองสมมติฐานที่พัฒนาขึ้นจะมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล

สมมติฐานข้อ 2 ความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

สมมติฐานข้อ 3 กลวิธีการจัดการกับปัญหา มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

สมมติฐานข้อ 4 สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล

สมมติฐานข้อ 5 สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

สมมติฐานข้อ 6 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแลและ
มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

สมมติฐานข้อ 7 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีอิทธิพลทางตรงต่อความ
เหนื่อยหน่าย และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่าย
ของผู้ดูแล

สมมติฐานข้อ 8 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับ
ปัญหาของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่านกลวิธีจัดการกับปัญหา

สมมติฐานข้อ 9 ความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
ของผู้ดูแล



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์ ด้านความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล เพื่อพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอตามลำดับต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล
3. ความเหนื่อยหน่าย
4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท : ความหมาย สาเหตุ การดำเนินโรค การรักษา ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภท และการบริการของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

1.1 ความหมาย

ความหมายของโรคจิตเภท คือ โรคที่มีความแตกแยกของความคิด อารมณ์ ไม่สามารถรับรู้โลกแห่งความเป็นจริงได้ จะสังเกตเห็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ ความคิด และอารมณ์ พบมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการความผิดปกติมักเริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์; และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542; มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. 2548; National Research Council of Thailand. 2007: online) มีผลทำให้เกิดความพิการทางจิตใจตามมา เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีข้อจำกัดหรือขาดความสามารถ หรือมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีสัมพันธภาพต่อสังคม และการประกอบอาชีพ (World Health Organization. 2001) หรือมีบางรายงานอธิบายว่า โรคจิตเภทหมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมแสดงออก อาการแสดงที่พบ คือ ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ความคิดผิดปกติไปจากความเป็นจริง หลงผิดแยกตัวเอง ไร้อารมณ์ หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาการเหล่านี้ต้องเกิดขึ้นต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน (EPPIC Statewide Service. 2006: online; Princess Alexandra Hospital Health Service District Mental Health Service. 2006: online)

ในงานวิจัยนี้ จะใช้ความหมายว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีภาวะความแปรปรวนทางจิตใจ จนทำให้มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมแสดงออกอย่างรุนแรง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและสูญเสียความสามารถในการรับรู้โลกแห่งความเป็นจริง ที่มารับบริการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ทั้งกรณีมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและหรือแบบผู้ป่วยใน

1.2 สาเหตุ

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการหลายฉบับ กล่าวไว้ในทำนองเดียวกันว่า ปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุของโรคจิตเภทที่ชัดเจนแน่นอนได้ เนื่องจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ส่วนใหญ่นักวิชาการนิยมใช้การอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ ความเครียด และการได้รับยา (British Columbia communities of Delta. 2006: online; Princess Alexandra Hospital Health Service District Mental Health Service. 2006: online; Schizophrenia Society of Canada. 2007: online)

ปัจจัยด้านชีวภาพ ประกอบด้วย

สารสื่อประสาท (Neurotransmitters) มีหลักฐานที่ประจักษ์ชัดว่า ความผิดปกติทางจิตใจ เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติหรือเกิดภาวะบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง เนื่องจากสารสื่อประสาทจะทำหน้าที่เป็นสารสื่อเคมีในสมอง เชื่อมต่อการทำงานของสมองและระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะการหลั่งสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า โดพามีน (Dopamine) ในสมองที่มีเพิ่มมากขึ้น จนทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านอาการทางจิตจะช่วยควบคุมอาการด้านบวก เพราะยาจะมีฤทธิ์ในการสกัดกั้นการหลั่งสารโดพามีน (Dopamine)

กรรมพันธุ์ (Genetics) บุคคลที่มีญาติใกล้ชิดมีความผิดปกติทางจิต มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มี ตัวอย่างเช่น ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท แต่ลูกของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คิดเป็นร้อยละ 13 และพี่น้องของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คิดเป็นร้อยละ 9

ความผิดปกติของสมอง พบมีความผิดปกติของสมองในผู้ป่วยโรคจิต โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความผิดปกติแบบจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่ง มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ ได้อธิบายว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter (มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548) ซึ่งแสดงให้เห็นตั้งแต่แรกเกิด หรือในวัยเด็ก สาเหตุเหล่านี้ ได้แก่ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม มีความผิดปกติของพัฒนาการในระบบประสาท และ ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ การคลอด เช่น มารดาติดเชื้อไวรัสในระยะที่สองของการตั้งครรภ์ ฯลฯ

ปัจจัยด้านความเครียด

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การย้ายที่อยู่ใหม่ การอยู่ในระยะอดเหล้า และยา หรือสถานการณ์ความเครียดในวิถีชีวิต ได้แก่ การเผชิญกับความขัดแย้งอย่างรุนแรงภายในครอบครัว หรือประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่ปัจจัยด้านความเครียดไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความผิดปกติของโรคจิตเภท ขณะเดียวกันจะเห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือมีอาการเลวลง

ปัจจัยด้านการได้รับยา

ยาบางชนิดกระตุ้น หรือช่วยเสริมทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท เช่น ยากลุ่มแอมเฟตามีนจะกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต ขณะที่ยากลุ่มอื่นๆ รวมทั้งกัญชา จะเป็นตัวช่วยเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิต

ระดับความรุนแรงของปัจจัยต่างๆ ที่จะกระตุ้นทำให้บุคคลมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตเหล่านี้ แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางรายแม้จะเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดอย่างมากแต่ก็ไม่เกิดความผิดปกติทางจิต เนื่องจากบุคคลนั้นมีปัจจัยเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคจิต ในขณะที่บางรายเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดเพียงเล็กน้อยก็เกิดอาการผิดปกติทางจิตได้ ทั้งนี้ เพราะเขามีปัจจัยที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคจิต

สรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ ความเครียด และการได้รับยา ซึ่งปัจจัยแต่ละด้านจะมีความรุนแรงในการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความผิดปกติแตกต่างกันไป

ในการวิจัยนี้ จะทำการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติจากทุกปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ซึ่งแพทย์ผู้รักษาได้ให้การวินิจฉัยเพื่อจำแนกความผิดปกติตามระบบจำแนกโรคสากล โดยจะกล่าวถึงรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

1.3 อาการและอาการแสดง

สมภพ เรื่องตระกูล (2542: 1-6) ได้อธิบายอาการวิทยาของโรคทางจิตเวช ว่า อาการที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิตเวชจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึก (subjective) มากกว่าเป็นสิ่งที่ตรวจพบได้ (objective) ซึ่งแตกต่างจากอาการทางกายที่สามารถตรวจพบหรือพิสูจน์ได้ และแหล่งข้อมูลทางวิชาการหลายแหล่ง ได้อธิบายว่า โรคจิตเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจที่ทำให้บุคคลมีอาการ พฤติกรรมและความคิดผิดไปจากปกติ บุคลากรทางจิตเวชจำเป็นต้องเข้าใจถึงพฤติกรรม ความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออกมาจะช่วยทำให้เข้าใจความผิดปกติที่พบในผู้ป่วยได้มากขึ้น (EPPIC Statewide Service. 2006; Princess Alexandra Hospital Health Service District Mental Health Service. 2006; Queensland Government. 2006: online) และตามที่ สหพันธ์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต (National Alliance for the Mentally Ill (NAMI). 2007) ได้อธิบายลักษณะอาการความผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยจัดแบ่งอาการออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1.3.1 กลุ่มอาการทางบวก หรือ อาการความผิดปกติทางจิต ประกอบด้วย

- อาการหลงผิด (Delusions) มีความคิดที่ไม่ปกติ และหวาดระแวง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความคิดแปลกประหลาดที่ไม่สามารถเป็นไปได้ มีความเชื่อที่ผิดปกติก่อจากความไม่จริง และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดได้ด้วยเหตุผล ผู้ป่วยอาจมีความคิดว่า คนอื่นรู้ว่าเขากำลังคิดอะไร หรือวางแผนที่จะมาทำร้ายตนเอง หรือหลงผิดคิดว่ากำลังมีคนคอยตามก่อกวนหรือรังควาญ ติดตาม หรือคิดว่าตนเองสามารถควบคุม ล่วงรู้ความคิดของคนอื่นได้ หรืออาจคิดว่าตนเองถูกควบคุมความคิดโดยผู้อื่น

- ประสาทหลอน (Hallucination) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนมาพูดคุยกับตนเอง หรือพูดคุยถึงตนเอง ในทางที่ไม่ดี วิพากษ์วิจารณ์ หรือ พูดถึงสิ่งที่น่ากลัว ขณะที่ไม่มีผู้อื่นได้ยินเสียงนั้น หรืออาจจะมองเห็นภาพขณะที่ผู้อื่นมองไม่เห็นเนื่องจากไม่มีภาพปรากฏตามที่ผู้ป่วยเห็น

- การรับรู้บิดเบือนจากความเป็นจริง (Distorted perception)

1.3.2 กลุ่มอาการทางลบ จะพบผู้ป่วยมีภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆ ไปควรมี หรือมีพฤติกรรมที่ปกติบางอย่างหายไปลักษณะที่พบ มีดังนี้

- หน้าตาเฉยเมย หรือ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีความลำบากในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งจะเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเองจากสังคมรอบข้าง

- ขาดพลังและแรงบันดาลใจในการทำสิ่งใหม่ ๆ ผู้ป่วยไม่สามารถเริ่มทำกิจกรรมต่างๆ ได้ หรือทำสิ่งต่างๆ อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จลงได้ ในรายที่มีอาการรุนแรงมาก อาจต้องเตือนหรือบอกให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมง่ายๆ เช่น อาบน้ำ หรือเปลี่ยนเสื้อผ้า ฯลฯ

- มีความรู้สึกหดหู่ใจ หรือไม่แสดงการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว

- พูดน้อย เนื้อหาในการสนทนามีน้อย หรือเมื่อมีคนถามผู้ป่วยจะใช้เวลาชานกว่าจะตอบ

1.3.3 กลุ่มอาการที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน และสับสน

- ความคิดสับสน (Confused Thinking) ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการคิด หรือการทำความเข้าใจตนเอง รวมถึงการทำความเข้าใจในสิ่งที่คนอื่นพูด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสนทนากับคนอื่นได้อย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถวางแผนในอนาคต และไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง

- แสดงพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (Disorganized behavior) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะแสดงพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติที่เคยเป็น ไม่สมเหตุสมผล แสดงท่าทาง หรือ อิริยาบถ ซ้ำๆ บางครั้งความผิดปกติสามารถเป็นเหตุให้ผู้ป่วยหยุดพูด หรือหยุดการเคลื่อนไหว หรือ อยู่ในท่าเดียวในระยะเวลาชาน

1.4 การดำเนินโรค

แหล่งข้อมูลทางวิชาการหลายฉบับ ได้อธิบายถึงการดำเนินโรคของโรคจิตเภทไว้ดังนี้ (British Columbia communities of Delta. 2006: online; มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. 2548: 129-130)

ระยะเริ่มแรก หรือ ระยะที่มีอาการบอกล่วงหน้าว่าจะเป็นโรคจิต (Prodromal Phase)

ในระยะก่อนที่จะเริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักพบมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือ ด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานค่อยลง แยกตัวเองจากสังคม ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ฯลฯ อาการเหล่านี้สามารถพบได้ทั้งในผู้ที่เริ่มมีความผิดปกติทางจิต หรือเป็นพฤติกรรมปกติในช่วงวัยรุ่น ดังนั้นจึงต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ เช่น การมีความคิด ความรู้สึก การรับรู้ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม ฯลฯ โดยการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ในระยะเริ่มแรกนี้ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ก็จะมีโอกาสหายมากขึ้น

ระยะที่มีอาการกำเริบ (Active phase)

ระยะนี้จัดเป็นระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยทุกรายจะมีความผิดปกติปรากฏอย่างชัดเจน อาการรุนแรง ตลอดเวลาและต่อเนื่องจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตตามวิถีปกติได้ ซึ่งลักษณะอาการความผิดปกติส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการทางบวก นอกจากนี้อาการในระยะเฉียบพลันยังพบปัญหาความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ อาการซึมเศร้า กังวล การพยายามทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด มีปัญหาในการทำหน้าที่ต่างๆ ในสังคม หรือมีปัญหาการนอน

ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase)

ในระยะนี้อาการทางจิตที่พบในระยะเฉียบพลันจะลดน้อยลง ผู้ป่วยจะเริ่มอาการดีขึ้น แต่อาการบางอย่าง เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังคงหลงเหลืออยู่ แม้จะได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วก็ตาม แต่อาการเหล่านี้ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในระยะแรก ในระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ ผู้ป่วยจะมีความเชื่อมั่นในตนเองลดลง มีปัญหาทางสังคม และมีปัญหาในการทำงาน หรือการเรียน เป็นต้น อาการกำเริบของผู้ป่วยถ้ายังเป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการทางบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

ในการวิจัยนี้ ตัวแปรในด้านอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ยังหลงเหลืออยู่ หลังจากได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว ทั้งกลุ่มอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดเพื่อเจ้อ คนเดียว มีพฤติกรรมผิดปกติจากคนทั่วไป และกลุ่มอาการทางลบ ได้แก่ อาการเฉื่อยชาจนไม่สามารถทำอะไรได้ตามปกติ พุดน้อย ไร้อารมณ์สุข ไม่แสดงความคิดเห็นใดๆ ขาดพลังและแรงบันดาลใจ เป็นตัวแปรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจะใช้อธิบายประกอบกับตัวแปรอื่นที่ทำการศึกษากับผู้ดูแล

1.5 การรักษา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยทีมผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช โดยทั่วไปผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม ร่วมกับการบำบัดทางด้านจิตสังคม รวมถึงการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Gale Encyclopedia of Medicine. 2002: online) ในทางปฏิบัติการเริ่มต้นรักษา ทีมผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชต้องทำการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความผิดปกติของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องได้รับการตรวจเลือด เอกซเรย์ เพื่อวินิจฉัยแยกโรคทางกายที่ทำให้เกิดอาการผิดปกติทางจิต รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติจากผู้ป่วย ญาติ คนในครอบครัว เพื่อน และการทดสอบทางจิตวิทยา ซึ่งวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถอธิบายได้ดังนี้

1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะทำในกรณีดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

- มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยาอย่างรุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย

ระยะเวลาการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ (มาโนช หล่อตระกูล; และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548: 131-132)

1.5.2 การรักษาด้วยยา ตามที่ มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์; และจำลอง ดิษยวณิช. 2542: 147-152) ได้อธิบายว่า ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่าและสะดวกกว่าวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ยังสามารถลดจำนวนครั้งและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการรักษาด้านจิตสังคม และป้องกันการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกด้วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) จึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (re-hospitalization) โดยหลักการของการรักษาด้วยยา มีดังต่อไปนี้

- การใช้ยารักษาโรคจิตเพื่อป้องกันการกลับป่วย (relapse prevention) ควรกระทำในผู้ป่วยทุกราย

- การรักษาแบบป้องกันควรกระทำนานอย่างน้อย 1-2 ปี ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเป็นครั้งแรก (first episode) และอย่างน้อย 5 ปี สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป

- ผู้รักษาสามารถลดขนาดยาลงได้จนถึงขนาดยาที่น้อยที่สุด ซึ่งยังมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) ตามที่ ชูทิติย์ ปานปรีชา (2536: 934) ได้อธิบายถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าว่าจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยจะใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยา และมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างมากและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือผู้ป่วยที่มีอาการ Catatonia ทั้งในระยะ Stupor หรือ excitement หรือผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วมีอาการแพ้ยารุนแรงแม้จะใช้ในขนาดต่ำ

1.5.4 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) กรณีนี้ มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์; และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542: 151-152) อธิบายว่า เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมเสียในด้านการงานและการเข้าสังคมอย่างมาก และปัญหานี้ก็มักคงอยู่แม้ว่าอาการโรคจิตจะลดลงแล้ว ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคจิต เพราะการรักษามีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาลดความเครียด เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยมีการคาดหมายที่เหมาะสม และได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ตามสมควร ซึ่งการรักษาทางจิตสังคม ประกอบด้วย

- Inpatient milieu treatment การรักษานี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์จริงเพื่อให้สามารถกลับไปอาศัยอยู่ในชุมชนของตนเองได้ การรักษานี้จะนำเทคนิค "token economy" มาใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงสภาพพฤติกรรมที่ดีและเลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้อาจจัดให้มีการฝึกความชำนาญส่วนตัวและความชำนาญในการเข้าสังคม หรือมีการจัดการให้การศึกษาร่วมด้วย

- Partial hospitalization (day treatment) การรักษานี้สามารถจัดให้กับผู้ป่วยนอก (Outpatients) โดยจัดให้ผู้ป่วยมีการเข้าสังคม (socialization) การฝึกวิชาชีพ (vocational training) การทำจิตบำบัด (psycho-education) การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางจิตสังคมอย่างเต็มที่ โดยยังสามารถคงการติดต่อทางสังคมกับชุมชนของตน

- จิตบำบัด (Psychotherapy) การทำจิตบำบัดมีประโยชน์ในการช่วยผู้ป่วยแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้ได้มากที่สุด

- ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) ปัจจุบันเน้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตของสมาชิกในครอบครัว ธรรมชาติของโรค และบทบาทของความเครียดในการกระตุ้นให้เกิดการกลับป่วยซ้ำ

- การฝึกความชำนาญในการเข้าสังคม (Social skills training) การรักษานี้เน้นที่การเพิ่มความชำนาญในการคบหาผู้อื่น (interpersonal skills) การให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมต่างๆ ก่อนที่จะนำไปใช้ในชีวิตจริง การใช้แรงเสริมชนิดบวก (positive reinforcement) เพื่อให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมที่เหมาะสม และการใช้แรงเสริมชนิดลบ (negative reinforcement) เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

- การจัดการรายกรณี (Case management) ในประเทศที่มีสวัสดิการดีพอ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะได้รับผู้จัดการส่วนตัวเพื่อดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การดำเนินชีวิตและสุขภาพ การบริโภคอาหารและเสื้อผ้า การจัดการเรื่องที่พักและการเงิน การฝึกฝนวิชาชีพ และความต้องการพื้นฐานอื่นๆ การรักษานิตินี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควร และลดความจำเป็นในการต้องอยู่โรงพยาบาล

สรุป การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากบรรทัดฐานของสังคม ส่งผลให้เกิดการสูญเสียศักยภาพ ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การทำงานและการเข้าสังคม จำเป็นต้องได้รับการรักษาทั้งทางด้านชีวภาพ จิตสังคม และฟื้นฟูสมรรถภาพในการดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เพื่อลดภาระของญาติ/คนใกล้ชิดที่ต้องคอยให้การดูแลทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม

ในการวิจัยนี้ จะศึกษาผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและหรือผู้ป่วยใน ที่เคยได้รับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม แต่จะยกเว้นกรณีที่ได้รับการรักษาแบบการจัดการรายกรณี (Case management) เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชแห่งอื่นในประเทศไทย ยังไม่ได้นำมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

1.6 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทพบมีรายงานไว้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลด้อยลงในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การเรียนหนังสือ การทำงาน การขาดที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการดำเนินชีวิตในสังคม (Kek N.; Mazumdar P.; Shields R. 2000) บางรายงานกล่าวไว้ว่า ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีความสามารถในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง ได้แก่ การเรียนเลวลง หรือเรียนไม่ได้ การทำงานบกพร่อง ทำงานไม่ได้เท่าที่เคยทำ เกียจคร้าน ความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ราบรื่น เข้ากับคนอื่นไม่ได้ ระวัง คิดแปลเจตนาของผู้อื่นในทางลบ หงุดหงิด ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำ แต่งตัวไม่เรียบร้อย ไม่หิวผม ห้องนอนสกปรก (Siamhealth. 2007: online) เช่นเดียวกับที่องค์การอนามัยโลก ได้รายงานไว้ว่า โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตที่ทั่วโลกรู้จักกันดี บุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสื่อสารกับผู้อื่นการทำกิจกรรมอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง และการทำงานประกอบอาชีพ ซึ่งลักษณะความพิการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการดูแลตนเอง การแต่งกาย สวมเสื้อผ้า อาบน้ำ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลความสะอาดบริเวณแวดล้อม และการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ด้านการมีสัมพันธภาพต่อสังคม รวมถึงทักษะการสื่อสาร ความสามารถในการสร้างและดำรงไว้ซึ่ง

สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีทักษะทางสังคมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการรู้จักดูแลคนอื่น ด้านการประกอบอาชีพ เป็นความสามารถในการที่จะเรียนรู้งานและอดทนทำงานนั้นๆ ได้ มีทักษะทางสังคมและการรับรู้ถึงสภาพความเป็นจริงตามลักษณะงาน สามารถดูแลทำความสะอาดบ้านได้แก่ การประกอบอาหาร การซักผ้า ฯลฯ หรือสามารถที่จะเรียนหนังสือให้จบตามหลักสูตรได้ ถ้าบุคคลนั้นยังเป็นนักเรียน/นักศึกษาอยู่ เป็นต้น (World Health Organization. 2001) นอกจากนี้การที่บุคคลป่วยเป็นโรคจิตเภทในช่วงวัยรุ่น วัยกลางคน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการสร้างครอบครัว การประสบความสำเร็จในอาชีพ และการพัฒนาตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีพัฒนาการที่ไม่เท่าเทียมกับคนทั่วไปในสังคม เนื่องจากในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการตั้งเครียด ไม่สามารถผ่อนคลายได้หรือนอนไม่หลับ แยกตัวเองออกจากกลุ่มเพื่อน ความสามารถในการทำงาน การเรียน เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ในรายที่มีอาการเจ็บป่วยในช่วงวัยรุ่นจะพบมีปัญหายุ่งยากด้านการศึกษาเล่าเรียน และมีปัญหาในการทำงาน ผู้ป่วยจะไม่สามารถอดทนต่อความเครียดจากงานและมีผลทำให้ทำงานได้ไม่นานก็ลาออก หรือแม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มใหญ่ ประมาณร้อยละ 60.0 - 70.0 ไม่ได้แต่งงาน ส่วนมากจะมีปัญหาในการติดต่อกับคนรอบข้างในสังคม และระยะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังจะมีผลกระทบต่อการศึกษาสังคมอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากมีผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจำนวนมากต้องติดคุกและเป็นประชากรที่ไร้ที่อยู่อาศัย (NIMH. 2007: online) ร้อยละ 80.0 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะใช้สารเสพติด และการใช้สารเสพติดมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ที่ด้อยลง การใช้ความรุนแรง และการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยจะพบว่าร้อยละ 40.0 - 60.0 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะพยายามฆ่าตัวตาย และประมาณร้อยละ 10.0 ตายด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งอัตราการตายที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จัดเป็นสภาวะที่ต้องให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน นอกจากนี้สาธารณชนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ผิดๆ และกลัวผู้ป่วยจิตเภท (Canadian Psychiatric Association. 1998) โดยคิดว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลอันตราย ก้าวร้าว รุนแรง ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง หรือเป็นผู้ที่มีความพิการทางด้านพัฒนาการหรือพิการทางด้านจิตใจ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือทำงาน เป็นผู้ที่ไม่ต้องให้ความช่วยเหลือ ขาดความตั้งใจในการทำสิ่งต่างๆ อ่อนแอ หรือ ซึ่เกียจ เดาใจไม่ถูก ไม่น่าไว้ใจ น่ารังเกียจ มีพฤติกรรมแปลกๆ มีความคิด อารมณ์ จิตใจที่ผิดปกติไม่เหมือนคนปกติทั่วไปในสังคม (Canadian Mental Health Association. 2006: online) แต่ในด้านของผู้ที่หายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท มักต้องการที่จะดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง บางคนอาจต้องการเรียนรู้วิธีการซื้อของ การวางแผนใช้จ่ายเงิน การประกอบอาหาร การซักรีดเสื้อผ้า การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรมทางสังคม และการทำกิจกรรมในยามว่าง (NAMI. 2007: online) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพอยู่ได้ ด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้จักช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ซักผ้า ให้ช่วยทำงานบ้านอย่างง่ายๆ รดน้ำต้นไม้ ภูบ้าน ล้างชาม ฯลฯ หรือให้ประกอบอาชีพเดิมที่เคยทำอยู่ตามความสามารถของผู้ป่วย (Thailabonline. 2007: online)

กล่าวโดยสรุป ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลด้อยลงในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การเรียนหนังสือ การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม จากญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามระดับความสามารถที่เหลืออยู่ จนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพ ซึ่งจะอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทในหัวข้อต่อไป

1.7 ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ ตำราที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาทั้งในกรณีผู้ป่วยนอก และหรือกรณีผู้ป่วยใน จนกระทั่งอาการทุเลา แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังคงด้อยความสามารถ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมการแสดงออก อาการแสดงที่พบ คือ ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ความคิดผิดปกติไปจากความเป็นจริง หลงผิด แยกตัวเอง ไร้อารมณ์ หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (EPPIC Statewide Service. 2006: online; Princess Alexandra Hospital Health Service District Mental Health Service. 2006: online) เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์; และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542; มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. 2548; National Research Council of Thailand. 2007: online) มีผลทำให้เกิดความพิการทางจิตใจตามมา มีข้อจำกัดหรือขาดความสามารถ หรือมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีสัมพันธภาพต่อสังคม และการประกอบอาชีพ (World Health Organization. 2001) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.7.1 ด้านการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล จัดเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยกิจกรรมเหล่านั้นจะกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ได้ (ศิริเนตร สุขดี. 2548) เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่กระทำเป็นประจำตามปกติในแต่ละวัน ได้แก่ การแปรงฟัน อาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้าสะอาด แต่งกายเรียบร้อย ตัดเล็บสวมรองเท้า เป็นต้น การประเมินความสามารถของผู้ป่วยจะประเมินจากการปฏิบัติได้จริงของผู้ที่มีความบกพร่องในด้านต่างๆ เช่น มีความบกพร่องด้านสติปัญญา หรือมีความผิดปกติทางจิต ฯลฯ (มยุรี เพชรอักษร. 2532; Webster's New World Medical Dictionary. 2007: online) เพราะผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองมักจะละเลยเรื่องสุขอนามัยของตนเอง ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำ แต่งตัวไม่เรียบร้อย ไม่ดูแลผลัดเปลี่ยนเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย ไม่หิว

ห้องนอนสกปรก (British Columbia communities of Delta. 2006: online; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548:129-130; สมภาพ เรื่องตระกูล.2542; Siamhealth. 2007: online) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดี

1.7.2 ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลัน จะมีความผิดปกติปรากฏอย่างชัดเจน อาการรุนแรง ตลอดเวลาและต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตตามวิถีปกติได้ มีปัญหาในการทำหน้าที่ต่างๆ ในสังคม หรือมีปัญหาการนอน ผู้ป่วยจะมีอาการตื่นเครียด ไม่สามารถผ่อนคลายได้หรือนอนไม่หลับ (British Columbia communities of Delta. 2006: online; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548: 129 – 130; NIMH. 2007: online) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องกระทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองให้สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างพอเพียง ได้แก่ การเข้านอนและตื่นนอนตามปกติเป็นประจำทุกวัน ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายก่อนเข้านอน ไม่นอนหลับในตอนกลางวันจนมีผลให้นอนไม่หลับในตอนกลางคืน รู้จักจัดการกับตัวเองให้หลับได้ โดยการทำจิตใจให้สงบ หรือดื่มน้ำในปริมาณน้อยก่อนเข้านอน เป็นต้น

1.7.3 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ รวมถึงความสามารถด้านการสื่อสารกับผู้อื่น ทักษะการสื่อสาร การมีสัมพันธภาพต่อสังคม ความสามารถในการสร้างและดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีทักษะทางสังคมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการรู้จักดูแลคนอื่น (World Health Organization. 2001) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องมีความสามารถในการรู้จักพูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่างๆ ให้กับบุคลากรทางสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทฟัง ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ผู้ป่วย พบปะพูดคุยกับคนรอบข้างที่มีความสนใจเรื่องเดียวกัน เป็นต้น

1.7.4 ด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่าและสะดวกกว่าวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ยังสามารถลดจำนวนครั้งและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการรักษาด้านจิตสังคม และป้องกันการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกด้วย (มานิตย์ ศรีสุภานนท์; และจำลอง ดิษยวณิช. 2542: 147-152) ผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเองด้วยการรับประทานยาตามแผนการรักษา ช่วยเหลือตัวเองด้วยการดื่มน้ำเมื่อรู้สึกคอแห้งเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา แจ้งบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทราบเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงนอนอย่างรุนแรงจนอาจเกิดอุบัติเหตุได้ ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง คอแข็ง มือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ ฯลฯ

1.7.5 ด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการขับถ่าย เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง พบมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Chesla. 1996) หรือไม่รับประทานอาหารเนื่องจากมีความคิดหวาดระแวงกลัวว่าจะมีคนแอบเอายาพิษใส่ไว้ในอาหาร หรือผู้ป่วยบางรายอาจมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น หรือมีอาการปากแห้ง คอแห้ง เนื่องจากได้รับการรักษาด้วยยาบางชนิด นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังพบมีปัญหากลืนลำบาก จากสาเหตุหลาย

ประการ เช่น การที่ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหว อยู่ท่าเดียววนๆ ไม่สนใจออกกำลังกาย หรือเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทานเพื่อรักษาอาการทางจิตใจ ฯลฯ ผู้ป่วยบางรายพบมีปัญหาไม่รักษาความสะอาดห้องส้วมหลังการขับถ่ายหรือเล่นอุจจาระ ปัสสาวะของตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับประทานอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารได้หลากหลายตรงตามเวลา ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน หรือ อาหารประเภทที่ทอดด้วยน้ำมันทุกชนิด เช่น กลัวยทอด มันฝรั่งทอดหรืออาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด ฯลฯ ที่ทำให้น้ำหนักเพิ่ม รู้จักยับยั้งชั่งใจว่าจะรับประทานอาหารเมื่อหิวไม่ใช่เพราะอยาก รวมถึงรู้จักการถ่ายอุจจาระปัสสาวะในห้องส้วม และรักษาความสะอาดห้องส้วมหลังจากขับถ่าย เป็นต้น

1.7.6 ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีการทำกิจกรรมที่มากหรือน้อยกว่าปกติ หรือมีพฤติกรรมตามปกติบางอย่างที่หายไป หน้าตาเฉยเมย ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม แยกตัวเองออกจากสังคมรอบข้าง ขาดพลังและแรงบันดาลใจในการทำสิ่งต่างๆ เชื่องซึม เชื่องช้า ขาดความกระตือรือร้น ดังนั้นผู้ป่วยควรรู้จักดูแลตนเองให้ได้ออกกำลังกายทุกวันๆ ละ 15 - 20 นาที สามารถออกกำลังกายด้วยกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย เป็นต้น

1.7.7 ด้านการมีบทบาทตามพัฒนาการ การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการสร้างครอบครัว การประสบความสำเร็จในอาชีพและการพัฒนาตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีพัฒนาการที่ไม่เท่าเทียมกับคนทั่วไปในสังคม เนื่องจากในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการตึงเครียด ไม่สามารถผ่อนคลายได้หรือนอนไม่หลับแยกตัวเองออกจากกลุ่มเพื่อน ความสามารถในการทำงาน การเรียน เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ในรายที่มีอาการเจ็บป่วยในช่วงวัยรุ่นจะพบมีปัญหายุ่งยากด้านการศึกษาเล่าเรียน และมีปัญหาในการทำงาน ผู้ป่วยจะไม่สามารถอดทนต่อความเครียดจากงานและมีผลทำให้ทำงานได้ไม่นานก็ลาออก (NIMH. 2007: online) ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องรู้จักดูแลตนเอง ด้วยการปรึกษากับบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับงานอาชีพ (แบบบางเวลา/เต็มเวลา) หรือการกลับไปเรียนหนังสือ กรณีที่อยู่ในวัยเรียน เป็นต้น

สรุป ความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่ความต้องการการดูแลด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร น้ำและการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย และ ด้านการมีบทบาทตามพัฒนาการจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพและไม่กลับเป็นซ้ำอีก ทั้งนี้ ความต้องการของผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการวิจัยนี้ จะทำการศึกษาตัวแปรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่จัดเป็นปัจจัยเหตุด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล โดยจะประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทของ มยุรี กลั้ววงษ์ (มยุรี กลั้ววงษ์. 2551) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา แบบประเมินจะประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้านคือ ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การออกกำลังกาย และการมีบทบาทตามพัฒนาการ การรับประทานอาหาร น้ำและการพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย และการรักษาความสะอาด การรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ทั้งนี้ผลจากการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง จะช่วยสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลระดับต่าง ๆ กันไป

1.8 ข้อมูลการบริการของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดกลางในระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เปิดให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ประชาชนในเขตภาคกลางตอนบนและภาคเหนือตอนล่าง การบริการครอบคลุมมิติด้านการบำบัดรักษา การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีทีมสหวิชาชีพเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการประกอบด้วย จิตแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ด้านเทคนิคการแพทย์ ทั้งนี้ทีมสหวิชาชีพจะจัดกิจกรรมให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสมตามแนวปฏิบัติมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งสาระสำคัญของการบริการโดยสังเขปมีดังนี้

งานบริการผู้ป่วยนอก จัดให้บริการด้านการตรวจรักษา การรับยาเดิม บริการให้การปรึกษาและบริการคลินิกพิเศษต่างๆ ได้แก่ คลินิกจิตเวชวัยรุ่นและเด็ก คลินิกอดสูรา คลินิกจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสารเสพติด คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้มารับบริการในกรณีที่เป็นรายใหม่ จะได้รับการคัดกรองระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ด้วยการสัมภาษณ์ประวัติ ตรวจสุขภาพจิต ให้คำแนะนำ หรือให้คำปรึกษาในบางราย และส่งพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาส่งส่วนผู้รับบริการกรณีรายเก่า ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินระดับความสามารถของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นขณะที่อยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน เช่น การดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การนอน การรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการกับอาการความผิดปกติทางจิต การดำเนินชีวิตทั่วไป การติดต่อทางสังคม และการทำงาน รวมถึงวิธีการให้การดูแลของผู้ดูแล ฯลฯ ในรายที่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรมหรือการให้การดูแลพยาบาลจะให้คำปรึกษาและส่งพบแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม หรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือกรณีที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมากกว่า 1 คน กรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีประวัติทำร้ายคนใน

ครอบครัว เพื่อนบ้านหรือคนอื่นๆ ในชุมชน จนทำให้คนในชุมชนหวาดกลัวไม่ยอมรับผู้ป่วย ฯลฯ กรณีที่มีปัญหาซับซ้อนเหล่านี้ แพทย์ / พยาบาล จะพิจารณาส่งต่อไปยังงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเพื่อปรึกษาวางแผนการช่วยเหลือด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อไป

งานบริการผู้ป่วยใน จัดให้บริการรับผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะวิกฤติไว้รักษาในโรงพยาบาล มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 60 เตียง โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานประมาณ 15 - 100 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบให้บริการดูแลและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก รวมถึงเน้นการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยการจัดให้ญาติมีกิจกรรมการดูแลและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน กรณีที่พบมีปัญหาซับซ้อนในการดูแล เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือกรณีที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมากกว่า 1 คน กรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีประวัติทำร้ายคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือคนอื่นๆ ในชุมชน จนทำให้คนในชุมชนหวาดกลัวไม่ยอมรับผู้ป่วย ฯลฯ ผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาส่งต่องานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อปรึกษาวางแผนการช่วยเหลือด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อไป

งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ครอบคลุมการให้การปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับเครือข่ายบริการ และเตรียมชุมชนให้มีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับไปอยู่ร่วมกัน โดยมีภารกิจหลักคือ การให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากงานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ด้วยการประสานงานกับเครือข่ายผู้ดูแลในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย วัด ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน ฯลฯ ให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เสื่อมลงและส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม รวมถึงให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเครือข่ายด้านการเงิน การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม

สรุป โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เป็นหน่วยงาน ในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้มารับบริการ ครอบคลุมมิติด้านการบำบัดรักษา การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทีมสหวิชาชีพจะจัดกิจกรรมให้การดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานวิชาชีพให้การบริการทั้งในกรณีการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก แบบผู้ป่วยใน และการบริการสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน ซึ่งจะให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัว เครือข่ายในชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพ จนสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท : ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล

2.1 ความหมาย

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรง หรือโดยอ้อม ต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะจากแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539: 86) ซึ่งลักษณะของผู้ดูแลสามารถแบ่งตามคุณสมบัติและศักยภาพในการดูแล ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ (สิตา สุจริตกุล. 2541: 10) คือ

1. ผู้ดูแลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ
2. ผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.1 ผู้รับจ้างดูแล (The caregiver)
 - 2.2 ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หรือ Informal career

ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จะพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย โดยเป็นบิดามารดามากที่สุด และอาศัยอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ทำหน้าที่ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน และต้องรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัว (เขาวลักษณะ กลินหอม. 2540: 16; อ้างอิงจาก Gopinath; & Chaturvedi. 1992; Martyns-Yellowe. 1992; Sallch. 1994)

ในการวิจัยนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่รับภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ที่มีหน้าที่โดยตรงคอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานยา การรับประทาน อาหาร น้ำ และการขับถ่าย การออกกำลังกาย และการพัฒนาทักษะทางอาชีพ เป็นต้น โดยผู้ดูแลไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใดๆ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

โดยทั่วไปพฤติกรรมการดูแลเป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคล ที่เป็นกระบวนการกระทำในการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคล เพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์และการอยู่รอดของชีวิต หรือเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง และเป็นความรู้สึกที่มีร่วมกัน เช่น การดูแลกันระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อน เป็นต้น (ยี่สุน ใจดี. 2540: 25) และจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการพบมีผู้เชี่ยวชาญ อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล ไว้หลายท่าน ดังนี้

วัตสัน (Watson, 1989: 219-235) อธิบายว่า ความรักและการดูแลกัน เป็นคุณสมบัติที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน มนุษย์ต้องการความรักและการดูแลเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต การช่วยเหลือที่เริ่มจากความตั้งใจ ความรัก จะทำให้การปฏิบัติต่อกันมีความอ่อนโยน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ซึ่งเป้าหมายของการดูแลตามแนวคิดนี้ คือ ให้อุทิศตนมีภาวะดุลยภาพของกาย จิต และจิตวิญญาณ มีการเรียนรู้ มองเห็นคุณค่าของตนเองและการดูแลเยียวยาตนเอง ทั้งนี้กระบวนการการดูแลจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้รับการดูแล ในสถานการณ์เฉพาะ ที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจกัน (Transpersonal caring) มีการรับรู้ตรงกันและร่วมกันการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้นอย่างเสมอภาค (Coparticipant) โดยกระบวนการดูแลที่จะทำให้อาสาสมัครเข้าถึงจิตใจกันได้อย่างดีต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ดังนี้

1. การสร้างค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และการมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด โดยจะเน้นที่การให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ต่อกัน มีความรัก ความเมตตา และเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีคนอยู่กับเขาเสมอ คอยดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจ เสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน ปฏิบัติสิ่งที่ดีที่สุดและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทันที โดยคำนึงถึงเสมอว่า ผู้ป่วยคือเพื่อนมนุษย์คนหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ความรัก ความเมตตาจากผู้ดูแล

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง ความหวังเป็นสิ่งที่เสริมสร้างกำลังใจและความเข้มแข็งในการเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ศรัทธาและความหวังเป็นกระบวนการที่ไม่เคยสิ้นสุด ถึงแม้จะหมดหวังไปแล้วก็ยังสามารถสร้างความหวังใหม่ได้ แต่ความหวังที่สร้างขึ้นควรเป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ ผู้ดูแลจะสามารถสร้างความศรัทธาและความเชื่อถือ โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนตามความเหมาะสม มีท่าทางที่เชื่อมั่น สามารถให้คำปรึกษาและเป็นที่พักพิงของผู้ป่วยได้

3. มีความไวต่อความรู้สึกทั้งของตนเองและผู้อื่น ผู้ดูแลที่มีความไวต่อการรับรู้ตนเอง ก็จะสามารถไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นด้วย และสามารถเข้าใจโลกตามมุมมองของผู้อื่นได้ เข้าใจความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษาและค่านิยม ซึ่งจะก่อให้เกิดการรับรู้ที่ดีต่อกันและสร้างพฤติกรรมดูแลที่ดีได้

4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจกัน ประกอบด้วย

4.1 การเข้าใจซึ่งกันและกัน การที่ผู้ดูแลสามารถเข้าใจโลกตามมุมมองของผู้อื่นได้ จะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดียิ่งขึ้น แต่ถ้าผู้ดูแลแอบซ่อนความรู้สึกไว้ภายใน โดยเฉพาะความรู้สึกกลัว เบื่อหน่ายหรือความรู้สึกที่ไม่ดีอื่นๆ จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อสัมพันธภาพ เพราะผู้ดูแลจะถ่ายทอดความรู้สึกเหล่านี้ออกมาในหลายรูปแบบที่แสดงถึงการที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจผู้ป่วย เช่น ต้องการให้ผู้ป่วยพักเพื่อหลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้ดูแลจะเป็นผู้ทำลายสัมพันธภาพเสียเอง ซึ่งเป็นผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพการดูแล

4.2 การร่วมรู้สึกเป็นการที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างที่คุณป่วยต้องการ และตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสมทั้งคำพูด ท่าทาง และพฤติกรรม การแสดงออก

4.3 ความรู้สึกอบอุ่นใจ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและพัฒนาการเจริญเติบโตทางอารมณ์ของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลต้องจัดบรรยากาศที่ไม่คุกคาม มั่นคง ปลอดภัย และเป็นที่น่าไว้วางใจได้

4.4 การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ การสื่อสารที่ดีเป็นเครื่องมือในการบำบัดที่สำคัญ เพราะสภาพจิตใจของผู้ป่วยจะสับสน รู้สึกถึงความไม่แน่นอน การบอกเล่าที่มากหรือน้อยเกินไป อาจกระทบกระเทือนจิตใจได้ง่าย ผู้ดูแลจึงควรให้ข้อมูลที่เป็นจริงเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองที่เหมาะสม มีความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล

5. การส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งในทางบวกและลบผู้ดูแลควรมีโอกาสแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งในทางบวกและทางลบ โดยทั่วไปผู้ดูแลมักมีพฤติกรรมปกป้องความรู้สึกของตนเอง โดยเฉพาะความรู้สึกด้านไม่ดี ผู้ดูแลมักจะเก็บซ่อนไว้เพื่อรักษาภาพพจน์ที่ดีของตนเอง แต่พฤติกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เพราะพฤติกรรมที่ผู้ดูแลแสดงออกขาดความจริงใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกหลอกลวง ไม่แน่ใจและไม่เชื่อถือ ในทำนองเดียวกันการที่ผู้ดูแลสามารถยอมรับตนเองทั้งในทางที่ดีและไม่ดี ก็จะสามารถเปิดใจกว้างในการยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยทั้งที่ดีและไม่ดีได้เช่นกัน

6. ใช้วิธีการแก้ปัญหา และตัดสินใจด้วยเหตุและผล ผู้ดูแลต้องรู้จักการถาม การพูดคุยและการสังเกตจากผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

7. รางสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนรู้ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะมีความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ และมีความกลัว การให้ข้อมูลและทางเลือกจัดเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความไม่แน่ใจ ความวิตกกังวลและความกลัว การได้รับข้อมูลที่เพียงพอร่วมกับการประคับประคองดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ พัฒนาความสามารถ ต่อการตอบสนองที่เหมาะสม

8. จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีความรื่นรมย์ สะอาด ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล ครอบครัว ญาติ ล้วนมีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้ป่วยทั้งสิ้น การช่วยแบ่งเบาความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง

9. การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ การตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดที่สุดในสิ่งที่เป็นไปได้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก พัฒนาบุคลิกภาพ และปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ซึ่งผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

9.1 ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นด้านชีวภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ได้แก่ การดูแลด้านอาหารและน้ำ ความสะอาดของปาก ฟัน ผิวหนัง การหายใจ และการขับถ่าย เป็นต้น

9.2 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์ ฯลฯ

9.3 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคม

9.4 ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การตอบสนองให้ผู้ป่วยได้กระทำตามความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งที่ผู้ป่วยผูกพันหรือนับถือ

10. การพิจารณาสังเคราะห์เกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ และการสร้างพลังความเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยส่วนมากจะรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ วิตกกังวลและทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยพยายามไขว่คว้า หาความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัย ผู้ดูแลจำเป็นต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยค้นพบความเชื่อและความศรัทธาที่ผู้ป่วยมีอยู่ เพราะความเชื่อ ความศรัทธาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจความหมายของชีวิต ตามสภาพการณ์ของการเป็นมนุษย์ที่ต้องมีเงื่อนไข และข้อจำกัดบางประการ ผู้ดูแลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเอง พัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง มีพลังในการบำบัด ดูแลตนเองหรือการเผชิญกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของตนเองได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วอล์ฟ (Wolf, 1986) อธิบายว่า การดูแลบุคคลนั้นมีความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการและแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกัน เป็นการให้ความช่วยเหลือกันด้วยความไว้วางใจ และมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน การดูแลก่อให้เกิดการปรับหรือจัดค่านิยมและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกันเสียใหม่ และช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น โดยองค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิดนี้มีดังต่อไปนี้ (Wolf, 1986: 87-88; อ้างอิงจาก Mayeroff, 1971)

- ความรู้ (Knowing) ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้รับการดูแล ความต้องการและวิธีการตอบสนองความต้องการของผู้รับการดูแล
- ความจริงใจ (Honesty) ผู้ดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือผู้รับการดูแล
- ความไว้วางใจ (Trust) ในกระบวนการดูแล ผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ทั้งสองฝ่ายต้องเกิดความไว้วางใจ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และแสดงความสุภาพต่อกัน
- ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล
- ความอดทน (Patience) ผู้ดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
- ความหวัง (Hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับการดูแล เป็นการมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

- ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

- การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythm) เป็นการเรียนรู้ผลของการดูแลจากประสบการณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคงไว้ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยเหลือผู้รับการดูแล

โรชเชล (Roachelle. 1987) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการดูแลว่า เป็นการกระทำหรือการแสดงออกต่อมนุษย์และสิ่งต่างๆ รวมทั้งการให้คุณค่าและความสำคัญในสิ่งนั้น โดยผ่านการคิดอย่างไตร่ตรอง ประกอบกับความรู้สึกหรือพลังอำนาจแห่งจิตใจต่อการกระทำว่า เป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่า และมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ สุขใจที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย

- การปฏิบัติงานด้วยความสามารถ (Competence) เป็นการปฏิบัติที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญที่มีอยู่ ได้อย่างถูกต้องตามเทคนิควิธี และหลักวิชาการด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดี ทันเวลา และปฏิบัติการดูแลโดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

- สัมพันธภาพที่เอื้ออาทร (Compassion) เป็นการปฏิบัติการดูแลด้วยความห่วงใย และตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำทาง คำพูดและสายตาที่แสดงถึงความเข้าใจ ห่วงใย ให้เวลาแก่ผู้ป่วย ให้คำปลอบโยน มีการสัมผัส ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ

- การให้ความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ (Confidence) หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย สื่อสารให้ข้อมูล ความรู้ เหตุผล และข้อเท็จจริง ให้ความหวัง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาต่างๆ และแก้ไขได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

- พฤติกรรมทางจริยธรรม (Conscience) เป็นการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ให้อำนาจในการตัดสินใจ การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การปฏิบัติการดูแลตั้งอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องตามหลักจริยธรรม

- ความผูกพันในงาน (Commitment) หมายถึง การมีความตั้งใจจริงในการปฏิบัติ การดูแล มีความรับผิดชอบต่อการดูแลเพื่อให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย และครอบครัว

ไลนิงเจอร์ (Leininger. 1991) ได้ให้ความหมายการดูแลว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (assistive) การสนับสนุนค้ำจุน (supportive) การอำนวยความสะดวก (facilitative) และการสร้างความสามารถ (enabling) ให้กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ตามความต้องการที่แสดงออก เพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก โดยอธิบายว่า บุคคล ครอบครัว และชุมชน อยู่ภายใต้โครงสร้างของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการดูแลเป็นการกระทำที่จะผันแปรไปตามวัฒนธรรมนั้น ๆ ซึ่งจะมีทั้งส่วนที่ต่างกันและส่วนที่เหมือนกัน การให้การดูแลที่สามารถบรรลุเป้าหมายจึงต้องเป็นการดูแลที่มีความเข้าใจ และมีความสอดคล้องทางวัฒนธรรม เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมได้ตามเป้าหมาย

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2531) ได้อธิบายไว้ว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่พยาบาลและผู้รับบริการช่วยกันสร้างความเจริญ ความพึงพอใจในชีวิต และร่วมกันยกระดับความมีสุขภาพดี การดูแลจะสำเร็จได้ด้วยวิถีทางของความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันทางด้านความคิด ความรู้ พลังงานและเทคนิควิธี โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การสนองต่อความต้องการได้อย่างสมบูรณ์และประสบความสำเร็จ

สรุป แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล จะเน้นการตอบสนองความต้องการของบุคคล อย่างเป็นองค์รวมทั้ง 3 มิติ คือ กาย จิต และจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ รวมถึงต้องมีความสอดคล้องกับโครงสร้างของสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย การดูแลเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง ช่วยให้ผู้คลดดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า หรือเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (assistive) สนับสนุนค้ำจุน (supportive) อำนวยความสะดวก (facilitative) และ สร้างความสามารถ (enabling) ให้กับบุคคลหรือกลุ่ม ตามความต้องการที่แสดงออก เพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก โดยกระบวนการการดูแล มีความสำคัญอยู่ที่ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับ การดูแล ให้การช่วยเหลือหรือปฏิบัติต่อกันด้วยความรัก เคารพในความเป็นบุคคล มีเหตุผล และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการดูแลมีสภาพชีวิตที่เป็นสุขจนถึงระดับของความพึงพอใจที่มีชีวิตอยู่ต่อไป ทั้งนี้พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นการกระทำหรือการแสดงออกต่อมนุษย์ โดยผ่านการคิดและไตร่ตรอง ประกอบกับความรู้สึกต่อการกระทำหรือการแสดงออกนั้นๆ ว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ สุขใจที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

ในการวิจัยนี้ ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลมาประยุกต์ใช้ในการอธิบายการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยคาดหวังว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะปฏิบัติกิจกรรมให้การดูแลช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวก และสร้างความสามารถให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองได้ จนกระทั่งผู้ป่วยมีสภาพชีวิตที่เป็นสุขตามความสามารถที่เหลืออยู่ โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ให้ความช่วยเหลือและปฏิบัติต่อกันด้วยความรัก เคารพในความเป็นบุคคล ขณะเดียวกัน ผู้ดูแลต้องเกิดความพึงพอใจ สุขใจที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วย

2.3 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลด้อยลงในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การเรียนหนังสือ การทำงาน การขาดที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกับผู้คนในสังคม และการดำเนินชีวิตในสังคม (Kek N., Mazumdar P.; Shields R. 2000) นอกจากนี้การที่บุคคลป่วยเป็นโรคจิตเภทในช่วงวัยรุ่น วัยกลางคน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการสร้างครอบครัว การประสบความสำเร็จในอาชีพ และการพัฒนาตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีพัฒนาการที่ไม่เท่าเทียมกับคนทั่วไปในสังคม ดังนั้นจึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือ

ผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน เนื่องจากโรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตที่ทั่วโลกรู้จักกันดี บุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (World Health Organization. 2001) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการดูแลรักษาที่สำคัญคือ การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ซึ่ง ชะฤทธิ พงศ์อนุนตรี และคณะ (2531) ได้อธิบายวิธีปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้ดังนี้

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ
2. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์ต่างๆ ในครอบครัว อารมณ์ในที่นี้หมายถึง อารมณ์โกรธเกลียด ก้าวร้าว รวมไปถึงความรู้สึกหวั่นไหวที่มากเกินไป
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และหากผู้ป่วยยังพอฟังเข้าใจได้ ญาติควรพูดคุยและอธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยา
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายทรัพย์สิน ญาติควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์
5. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เจ็บใจและแยกตัว ไม่เข้าสังคม โดยที่เป็นอาการของการเจ็บป่วยการกระตุ้นให้หายเจือยชานั้น อาจให้ผู้ป่วยทำงาน โดยเริ่มจากงานที่ง่าย ๆ ก่อน เช่น ให้อุบลที่นอนของตนเอง ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ ภูบ้าน ล้างชาม งานนั้นควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยจะทำได้สำเร็จโดยไม่เครียดมากเกินไป
6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดหัวเราะคนเดียว ถ้าไม่บ่อยหรือไม่มาก ญาติอาจเพิกเฉยไม่ได้ตอบผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้รักษาทราบ ข้อควรระวังคือ ญาติไม่ควรแสดงความโกรธ ต่ำหนิ หรือดูว่าผู้ป่วยอย่างรุนแรง
7. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ถึงแม้จะไม่รุนแรงและไม่อันตราย ญาติอาจเพิกเฉยไม่ได้ ควรถามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดเช่นนั้น ญาติอาจลองอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจให้ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่รับฟังเลยหรือโกรธ แสดงว่ายังไม่เข้าใจที่จะพูดกับผู้ป่วยในเรื่องนี้ ญาติควรรับฟังเฉยๆ ก่อน และบอกอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบ ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยด่วน

ลินดา และหลุย เอเลน (Linda; & Louis Ellen. 1989: 61) ได้ทำการศึกษาในมารดาผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาจากการดูแลและสาเหตุของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งผลการศึกษา ด้านปัญหาของวิธีการดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การประสานกับผู้รักษาและหน่วยงานอื่น

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) อธิบายไว้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารและยา การพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น การดูแลทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การหวั่นไหวของผู้ดูแล เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย โดยแสดงการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เป็นต้น และการดูแลในระดับของจิตวิญญาณ ได้แก่ การส่งเสริมให้ปฏิบัติศาสนกิจ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาผสมผสานกับแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลของวัตสัน (Watson. 1985) จนได้ข้อสรุปว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ มี 10 ด้าน คือ

1. การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ความเมตตาจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้ผู้ดูแลเต็มใจที่จะปฏิบัติกรช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง สามารถแสดงออกโดยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพอ่อนโยน เห็นอกเห็นใจในความเจ็บป่วยตามสมควร จริงใจและมีความอดทนภายใต้สถานการณ์ของการดูแล เสียสละเวลาในการดูแลช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างรางวัลใดๆ

2. การให้กำลังใจและให้ความหวัง ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญที่สุดที่จะส่งเสริม และคงไว้ซึ่งความหวังที่เป็นจริงได้ของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งทางวาจาและท่าที เช่น การกล่าวชมเชยในความสำเร็จของผู้ป่วยแม้ในเรื่องเล็กน้อยก็ตาม ให้อภัยและยอมรับต่อความล้มเหลวของผู้ป่วย เช่น โอบกอด แสดงความเห็นใจ และการกระตุ้นให้ปฏิบัติในสิ่งที่สามารถทำได้จนสำเร็จ รวมทั้งการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของเขาเอง เช่น เมื่อผู้ป่วยช่วยตัวเองได้มากขึ้น แต่งตัวสะอาดเรียบร้อยมากขึ้น รับผิดชอบกินยาเอง เป็นต้น

3. การสังเกต และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันที่ ทั้งที่ ความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติ หรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเอง ด้านร่างกายที่พบบ่อย คือ อาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยจะมีอาการ ตัวแข็ง ลิ้นคับปาก น้ำลายไหล เดินไม่แกว่ง แขน และขณะพูดลิ้นแข็ง อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้แพ้ หากอาการยังไม่หายไปควรปรึกษาผู้รักษา ในบางรายจะอ้วนขึ้นเนื่องจากยากระตุ้นให้มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น จึงควรควบคุมอาหารประเภทแป้ง ไขมันและน้ำตาล รวมทั้งออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านอารมณ์ที่พบบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเฉย ไม่ยอมพูด หงุดหงิด โกรธง่าย เมื่อพบอาการดังกล่าวผู้ดูแลควรเข้าไปซักถาม ค้นหาสิ่งที่มากกระทบจิตใจ แสดงความสนใจและเสนอตัวช่วยเหลือ ในบางรายถึงกับคลุ้มคลั่ง ตูร่ายและก่อความวุ่นวายทั่วไป เมื่อพบอาการดังกล่าวผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้ คือ

3.1 มีท่าทีสงบต่อพฤติกรรมผู้ป่วย

3.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธและไม่พึงพอใจออกมา

3.3 ผู้ป่วยที่เอะอะอาละวาด ทำลายสิ่งของ ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น ควรผูกมัด

หรือจำกัดขอบเขตผู้ป่วยชั่วคราว จากนั้นรีบนำส่งโรงพยาบาล

4. การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกโดยการแสดงความหวังใโยอย่างจริงใจและเป็นธรรมชาติ ซักถามสารทุกข์สุกดิบในแต่ละวันขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ควรบอกกล่าวความรู้สึกและความต้องการของตนเองอย่างเปิดเผยด้วย รวมทั้งการได้ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันกับผู้ป่วย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง รับประทานอาหาร รับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อการเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติของความนึกคิด พฤติกรรมและอารมณ์ และมีการแสดงออกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หากผู้ดูแลเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมต่างๆ แล้ว ควรยอมรับพร้อมให้อภัย ไม่แสดงอาการรังเกียจหรือตำหนิผู้ป่วย ไม่ดูถูกเหยียดหยามแต่ก็ไม่ควรตามใจหรือสนับสนุน ควรพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยเหตุผลอย่างใจเย็น ไม่ตอบสนองความต้องการเมื่อผู้ป่วยมีการแสดงวาทาทางที่ไม่เหมาะสม

6. การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การพิจารณาแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงจาก เหตุสู่ผล มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การสืบ ค้นหาสาเหตุของปัญหา โดยการซักถามจากผู้ป่วยเอง บุคคลรอบข้าง หรือทีมบุคลากรที่รักษาผู้ป่วย และจากการสังเกตของผู้ดูแลเอง เมื่อทราบสาเหตุที่แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้พูดคุยกัน แทนการตำหนิว่าหรือปรามให้สงบ ควรสอบถามเหตุผลของพฤติกรรมดังกล่าว หากเป็นความ เข้าใจผิดจำเป็นต้องอธิบายถึงสิ่งที่ถูกต้องให้ฟัง หากเป็นการรับรู้ที่ผิด เช่น มีประสาทหลอน แล้ว เกิดความกลัว ผู้ดูแลอาจต้องคอยอยู่เป็นเพื่อน พร้อมกับบอกเล่าความเป็นจริง (Presenting reality) ให้ฟัง เป็นต้น แต่ถ้ามักมีพฤติกรรมใดจำเป็นต้องแก้ไข ผู้ดูแลควรมีการตกลงร่วมกับผู้ป่วยแล้วเริ่มต้น ดำเนินการ โดยการกระตุ้นเตือน ชักชวนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนประสบผลตามแผนที่วางไว้ ร่วมกัน

7. การชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ผิดพลาด จึงมักแสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ที่ผิด เช่น แยกตัว หวาดระแวง กลัว วิดกกังวลรุนแรง เป็นต้น ผู้ดูแลจะช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ด้วยการเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนให้ความมั่นใจ เอาใจใส่ ให้ข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น การ ทักทาย ยิ้มแย้ม พูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น

8. การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ผู้ดูแลจัดเป็นสิ่งแวดล้อมที่ สำคัญเป็นอันดับแรกของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแล จัดหรือปรับปรุง สิ่งแวดล้อมอื่นๆ ให้มีบรรยากาศของความรัก ความอบอุ่นและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีความ เป็นอยู่ที่ดีตามอัตภาพ ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้โดยการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาด อากาศถ่ายเท สะดวก ปลอดภัยทั้งจากสิ่งที่จะเป็นอันตราย และสิ่งทีกระตุ้นการกำเริบของโรค คอยเชื่อมประสาน ให้มีความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เป็นต้น

9. การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการ ที่พิเศษหรือแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น ต้องกินยาต่อเนื่องครบถ้วนเป็นเวลานานพอควร หรือตลอด ชีวิต ต้องการความเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกมากกว่าปกติ ต้องการความเข้าใจและยอมรับจาก บุคคลทั่วไป และต้องการมีชีวิตที่ผาสุก ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่มีลักษณะเฉพาะดังนี้

9.1 การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้กินอาหารและน้ำอย่าง เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน การรับประทานยาตามจำนวนและวันเวลาอย่าง ถูกต้อง ช่วยเหลือเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน และการทำความสะอาดหลังขับถ่าย มีการพักผ่อนนอนหลับ ออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือช่วยประกอบกรงานอาชีพ

9.2 ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความ เบี่ยงเบนของอารมณ์ และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความรู้สึกนึกคิดและไม่เป็นที่ ยอมรับของสังคม เช่น การยิ้ม หัวเราะคนเดียว การร้องตะโกนที่สาธารณะ เป็นต้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ การช่วยเหลือ โดยการบอกเล่าและแสดงเป็นแบบอย่างของการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

9.3 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม ผู้ดูแลปฏิบัติโดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในและนอกครอบครัวตามความเหมาะสม และให้ความเคารพนับถือตามสมควร

10. การช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มีพลังในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้โดยการให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่เป็ธรรมชาติของชีวิต เช่น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย อุบัติภัยต่างๆ หรือ การเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งฝึกให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความผิดหวังบ้าง และสนับสนุนให้ปฏิบัติศาสนกิจเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การไหว้พระ สวดมนต์และ นำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติ เป็นต้น

สรุป พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพัฒนาการด้านการทำหน้าที่ของบุคคลในทุกด้านของชีวิตไปในทางที่ไม่เสื่อมลง ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การเรียนหนังสือ การทำงาน การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการดำเนินชีวิตในสังคม และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยผู้ดูแลจำเป็นต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการดูแลให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ของชีวิต และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

ในการวิจัยนี้ จะทำการศึกษา ตัวแปรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ตามที่ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. 2543 ได้อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ มี 10 ด้าน คือ การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้กำลังใจและให้ความหวัง การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันท่วงที การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ซึ่งคาดว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล เป็นปัจจัยผลที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความพิการทางด้านจิตใจสังคมที่เรื้อรัง อาการของโรคอาจกำเริบได้เป็นระยะๆ และผลจากการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จะยังไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายสูงสุดในระยะเวลาอันสั้น ผู้ดูแลจึงมักเกิดความเครียดจากการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย นอกจากนี้การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักยังทำให้เกิดความเหนื่อยล้า หมดกำลังใจ วิตกกังวลกับสถานการณ์ที่คาดเดาไม่ได้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ ซึ่งจัดเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลทั้งสิ้น

2.4 ผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจ อารมณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการรุนแรง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จะอยู่โรงพยาบาลในช่วงระยะสั้นๆ โดยเฉลี่ยประมาณ 2 สัปดาห์ – 1 เดือน ก็จะได้รับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ชุมชน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว มีผลทำให้ครอบครัวจำนวนมากที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง โดยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน (วราวรรณ ยศธรรมเสนี. 2537: 19) ต้องเผชิญกับความเครียดอย่างรุนแรงและเรื้อรัง โดยไม่ได้รับการประคับประคองช่วยเหลือ (Baker. 1989: 31) โดยเฉพาะ “ผู้ดูแลหลัก” (primary caregiver) ที่ต้องเผชิญอยู่ในสถานการณ์ของการดูแลโดยตรง จะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด เนื่องจากสภาพปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ซึมเศร้า เคลื่อนไหวน้อย ไม่ใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ และขาดการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งผู้ดูแลได้ใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกข์ทรมาน และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณืไม่ได้ เกิดอาการซึมเศร้าเมื่อการดูแลไม่บรรลุผลสำเร็จและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ (วราวรรณ ยศธรรมเสนี. 2537; อ้างอิงจาก Kane. 1984: 21) ขณะที่ผู้ดูแลบางรายก็จะทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสุขภาพทรุดโทรม (นันทิกา ทวิชาชาติ; และคณะ. 2539) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีชีวิตความเป็นอิสระส่วนตัวน้อยลงกว่าเดิม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นภาระให้กับครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ ฯลฯ จนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. 2531; วรกช นิธิกุล. 2535; มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล; และพรชัย พงศ์สงวนสิน. 2544)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกทางลบในลักษณะต่างๆ ซึ่ง วราวรรณ ยศธรรมเสนี (2537) ได้อธิบายถึงความรู้สึกต่างๆ ของผู้ดูแลจากการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทางจิตไว้ดังนี้

ความเศร้า (Grief) เป็นความเศร้าโศกที่ผู้ดูแลรู้สึกสิ้นหวังทั้งตนเองและผู้ป่วย มักจะเกิดขึ้นซ้ำๆ ครั่งแล้วครั่งเล่าและหมดไปได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ เป็นช่วงๆ สลับกับการฟื้นคืนสภาพปกติ เป็นปรากฏการณ์ที่เจ็บปวดมาก เพราะถึงแม้การฟื้นคืนสภาพปกติเป็นเรื่องที่น่ายินดี แต่ขณะเดียวกันก็เหมือนมีลางสังหรณ์เกิดขึ้นว่าการกลับเป็นซ้ำจะเกิดขึ้นตามมาเป็นวัฏจักร

ความรู้สึกผิด (Guilt) เนื่องจากปัจจุบันได้มีการอธิบายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทว่า ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกผิด และหลายครั้งที่รู้สึกกว่าตนเองไม่ใช่สาเหตุ แต่เป็นไปได้อาตนาเองผิด

ความโกรธ (Anger) บางครั้งสมาชิกในครอบครัวอาจโกรธผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งนี้เป็นเพราะเขาใส่ใจว่าความเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมที่พวกเขาต้องรับผิดชอบ จึงทำให้เขาโกรธ นอกจากนี้ความโกรธระหว่างสมาชิกด้วยกันภายในครอบครัว เกิดขึ้นจากการรับรู้การเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน และแนวทางการช่วยเหลือต่างกัน จึงเกิดความขัดแย้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้คู่สมรสอาจโกรธเพราะว่าความต้องการของตนไม่ได้รับการตอบสนอง เพราะความสนใจมุ่งไปที่สมาชิกครอบครัวที่ป่วยทางจิต

หมดกำลังใจ (Powerlessness) ในระยะแรก สมาชิกครอบครัวเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้ แต่ยิ่งนานไปก็รู้สึกว่าเป็นไปไม่ได้ ตนเองไม่มีความสามารถ และยังรู้สึกว่าไม่มีทางรักษาหรือไม่มีประโยชน์ที่จะรักษา จนรู้สึกท้อแท้ หมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการรู้สึกหมดกำลังใจ

ความกลัว (Fear) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีคำพูดท่าทางที่คุกคามและอาจก่อให้เกิดอันตรายได้

จากข้อมูลทีกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง จะได้รับผลกระทบด้านจิตใจ มีความรู้สึกทางลบจากการได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วย หรือทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลายาวนาน และมีการศึกษาที่สนับสนุนปรากฏการณ์เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านจิตใจ หรือการเกิดความเครียด ความเบื่อหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดังนี้

ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2531) พบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับการทำงานทางสังคมต่ำทำให้เป็นภาระของญาติที่ต้องแบกรับเพิ่มขึ้น ได้แก่ ทำให้ญาติเสียงาน ต้องหยุดเรียน ช่วยดูแลเรื่องอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ดูแลเรื่องการรับประทานยา หรือติดตามการรักษา ทำให้ไม่มีเวลาที่จะไปเข้าสังคมหรือทำงานอดิเรก การได้รับความเดือดร้อนยอมทำให้ญาติเกิดการตอบ สนองทางอารมณ์ เช่น อาจเกิดการปฏิเสธไม่ยอมรับว่าตนมีปัญหา (denial) เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ หรือมีการคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไป บางครั้งเกิดความรู้สึกตึงเครียดตลอดเวลา ถึงขนาดที่ต้องการใครสักคนที่จะพูดคุยด้วย เพื่อจะได้รับรู้ความรู้สึกและปัญหาซึ่งกันและกัน

บุญวดี เพชรรัตน์ และพีไลรัตน์ ทองอุไร (2532) ศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ป่วยมีปัญหาความวิตกกังวลในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าด้านสังคม และเศรษฐกิจในเกือบทุกๆ ตัวแปร ทั้งนี้เนื่องจากโรคทางจิตเวชเป็นโรคที่หาสาเหตุชัดเจนไม่ได้ และไม่สามารถประเมินได้ว่าหายหรือไม่ เมื่อใด รวมทั้งอาการและการดูแลเป็นปัญหาใกล้ตัวมากกว่าปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ผู้ป่วยทางจิตเวชมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเข้าใจยาก

ไกรวรรณ เจริญกุล (2539) รวบรวมข้อมูลผลการจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยลักษณะของการจัดกลุ่มเป็นกลุ่มเปิด สมาชิกหมุนเวียนเปลี่ยนไปเรื่อยๆ กลุ่มหนึ่งๆ ประกอบด้วยญาติ จำนวน 6-10 คน ทำกลุ่มทั้งหมด 52 ครั้ง มีญาติผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มทั้งสิ้น 426 คน พบว่า เรื่องที่ญาตินำมาพูดในกลุ่มจะเป็นปัญหาของญาติ โดยปัญหาที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด คือ เรื่องความกังวลใจ กลัวผู้ป่วยได้รับอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา หรือจากการกินยาดัดต่อกันเป็นเวลานาน รองลงมาคือเรื่องญาติรู้สึกเครียดมาก กลัวผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น รวมทั้งไม่ทราบว่าจะจัดการอย่างไรดี ปัญหาอื่นๆ ที่กล่าวถึง ได้แก่ ญาติรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกอึดอัดต่อท่าที่ซึมเฉยของผู้ป่วย

เบเกอ (Baker. 1989) ได้ศึกษาความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และรายงานว่า สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยต้องประสบกับความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองแล้ว ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย หลายครอบครัวมีความเศร้าโศกอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ญาติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

อีป และแมคเคนซี (Ip, K.S.H.; & McKenzie, A.E. 1998) ทำการศึกษาเรื่องการดูแลญาติที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงที่บ้าน: ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในฮ่องกง ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล จำนวน 8 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ (distress) เนื่องจากพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย มากที่สุด นอกจากนี้ยังพบอาการอื่นร่วมด้วย คือ ความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง ท้อแท้ และกระวนกระวายใจ ผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวลต่อความผาสุกของผู้ป่วย และสมาชิกคนอื่นในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กๆ กลัวอันตรายที่เกิดจากอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ กังวลว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง หรือสมาชิกอื่นในครอบครัวมีความเศร้าโศกต่อความหวังที่สูญเสียบไป ความรู้สึกหมดหวัง (hopelessness) มักพบได้เสมอสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากยังไม่เห็นหนทางที่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นได้ ในขณะที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเรื่อยมา แต่ผู้ดูแลก็รับรู้ว่าการเผชิญต่อสถานการณ์เพียงลำพัง โดยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้เลย ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ คือ ด้านข้อมูลข่าวสารในเรื่องการเจ็บป่วย ยา และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และต้องการพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติเพื่อลดความตึงเครียด

จากข้อมูลข้างต้น เห็นได้ว่า ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง จะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด เนื่องจากความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ซึมเฉย เคลื่อนไหวน้อย ไม่ใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ และขาดการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมเหล่านี้ จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกขุ์ทรมาน และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ ขณะที่ผู้ดูแลบางรายก็จะทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสุขภาพทรุดโทรม และผู้ดูแลยังมีชีวิตความเป็นอิสระส่วนตัวน้อยลงกว่าเดิม เนื่องจากมีภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลต้องทนอยู่ในสภาพการณ์ที่ตึงเครียด บีบคั้น เสี่ยงอันตรายเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เหนื่อยล้า เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆ ในทางลบ เช่น อาจเกิดการปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าตนมีปัญหา (denial) เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ หรือมีความคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไป หรือไม่ก็คอยเฝ้าดูผู้ป่วยตลอดเวลาว่าอาการจะกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ. 2531: 100) และอีกประการหนึ่ง การที่ผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่ท้อแท้ ซึมเศร้า และหมดหวัง ย่อมทำให้ผู้ดูแลหมดความอดทนต่อสภาพการณ์ของการดูแลโดยแสดงออกมาในรูปแบบของการปฏิเสธการดูแล พยายามผลักดันให้โรงพยาบาล ทอดทิ้งผู้ป่วยหรือการแสดงอารมณ์รุนแรงต่อผู้ป่วย ในลักษณะต่างๆ ซึ่งแสดงถึงความเหนื่อยหน่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยรายละเอียดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายจะกล่าวถึงในการทบทวนรายงานทางวิชาการเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยในหัวข้อต่อไป

ในการศึกษานี้ เชื่อว่า ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทางจิตใจจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรมผิดปกติที่ไม่สามารถคาดเดาได้ อาจเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายตัวเอง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ หรืออาจมีพฤติกรรมแยกตัว ซึมเฉย เคลื่อนไหวน้อย ไม่ใส่ใจต่อสิ่งสิ่งแวดล้อม ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ และขาดการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ดูแลจะมีความเครียดที่ต้องทนกับสถานการณ์ที่บีบคั้น เสี่ยงอันตรายเป็นระยะเวลายาวนาน จนเกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ หมดความอดทน หมดหวัง และแสดงอารมณ์รุนแรงต่อผู้ป่วยหรือปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย ที่อาจเรียกว่า เป็นความเหนื่อยหน่าย ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดผลดีในการอยู่ร่วมกัน และการปฏิบัติกรดูแลมีประสิทธิภาพลดลงด้วย

3. ความเหนื่อยหน่าย

ในการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลครั้งนี้ เน้นอธิบายสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล โดยบูรณาการตัวแปรสำคัญที่พบว่า มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล คือ บุคลิกภาพ ความเครียด กลวิธีการจัดการกับปัญหา ซึ่งจัดเป็นปัจจัยทางจิตใจที่ส่งผลผลักดันให้เกิดพฤติกรรมหนึ่งๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นสะสมในตัวบุคคลจากอดีตถึงปัจจุบัน ในการศึกษานี้ เรียกตัวแปรกลุ่มนี้ว่า ตัวแปรด้านปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีตัวแปรสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม ในการศึกษานี้ จัดว่าเป็น ตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยมี ความเหนื่อยหน่าย เป็นตัวแปรคั่นกลาง (Mediator) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท : ความหมาย แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย อาการและอาการแสดง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยหน่าย และการวัดอาการเหนื่อยหน่าย

3.1.1 ความหมาย

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ พบมีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านที่ได้อธิบายความหมายของความเหนื่อยหน่าย ไว้ พอสรุปได้ดังนี้

Burnout เป็นคำศัพท์ที่บัญญัติขึ้น โดย เฮร์เบิร์ต ฟรอยเดนเบอร์เกอร์ (Herbert Freudenberger. 1974) จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ที่ทำงานในสถานบำบัดโรคจิตและประสาทแห่งหนึ่ง แทนปรากฏการณ์ที่เขาสังเกตพบในตัวเองและเพื่อนร่วมงาน ซึ่งหมายถึง wearing out นั่นคืออาการเหนื่อยล้า หรืออ่อนเพลีย ที่เกิดจากการทำงานหนักภายใต้แรงกดดัน เพราะผู้รับบริการเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก และไม่หยุดหย่อน (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Freudenberger.1974; ไกรวุฒิ พงศ์เกษม. 2550: ออนไลน์)

ความเหนื่อยหน่าย เป็นผลจากการได้รับความกดดันทางอารมณ์อย่างซ้ำซาก จากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคนเป็นเวลานาน และจากการที่เป็นผู้ให้บริการมากกว่าผู้รับ ผู้ที่เกิดความเหนื่อยหน่าย จะมีความอ่อนเพลียทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เกิดความรู้สึกที่ช่วยตนเองไม่ได้หมดหวัง ขาดความสนใจและขาดความกระตือรือร้นในการทำงานและการดำเนินชีวิต (Pines; & Aronson. 1981) และเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความเสื่อมโทรมทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผลจากการทำงานมากเกินไป ทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Muldary. 1983: 1-3) หรือเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และพฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองต่อประสบการณ์ในการทำงานที่มีลักษณะต้องทุ่มเท บิบบิ้นและมองไม่เห็นผลสำเร็จ (Cherniss. 1980)

สำหรับในประเทศไทย การเขียนรายงานเกี่ยวกับคำว่า Burnout พบว่า พวงรัตน์ บุญญาบุกรักษ์. 2525 เป็นบุคคลแรกในประเทศไทยที่ได้เขียนบทความเกี่ยวกับอาการนี้ และแปลคำว่า burnout ว่า “ความเหนื่อยหน่าย” ซึ่งทำให้การทำวิจัยในเวลาต่อมา จึงใช้คำว่าความเหนื่อยหน่ายเรื่อยมา นอกจากนี้ มาลินี พงศ์พานิช (2531: 21) ได้แปลหนังสือเรื่อง “Burnout : The High Cost of High Achievement” ซึ่งเขียนโดย ฟรอยเดนเบอร์เกอร์ และริเชลสัน ในปี ค.ศ.1980 โดยใช้ชื่อเรื่องภาษาไทยว่า “จิตสลาย:ราคาของความสำเร็จที่แพงลิบ” ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายหรือ จิตสลาย ว่า เป็นภาวะของความเหนื่อยหน่ายหรือผิดหวังอันเกิดจากการอุทิศตัวให้แก่วิถีทาง วิถีชีวิต หรือความสัมพันธ์อันหนึ่งอันใดที่ไม่เคยให้ผลรางวัลตอบแทนตามที่เขาคาดหวังไว้เป็นการทำให้ทรัพยากรทางกายและทางใจของคนหมดสิ้นลง (ฟรอยเดนเบอร์เกอร์, เฮร์เบิร์ต เจ; และ ริเชลสัน เกอราติน. 2532) หรือเป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกในลักษณะความอ่อนล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม อันสืบเนื่องมาจากการตอบสนองต่อภาวะเครียดเรื้อรังจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมักพบในกลุ่มอาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับการบริการ โดยเฉพาะบุคลากรในที่มสุขภาพ (สิระยา สัมมาวาจ. 2532)

สรุป ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง ปรากฏการณ์ที่บุคคลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ หมดหวัง ขาดความสนใจ และขาดความกระตือรือร้นในการทำงานและการดำเนินชีวิต อันเป็นผลมาจากการทำงานมากเกินไป ทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

ในการวิจัยนี้ ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง ปรากฏการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ หมดหวัง ขาดความสนใจ และขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิต ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง อันเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลอย่างมากตลอดเวลา เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการทางสังคมจิตใจ เรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน ความสามารถในการใช้ชีวิตโดยทั่วไปด้อยลงในทุกด้าน ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การเรียนหนังสือ การทำงาน การขาดที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกับผู้คนในสังคม และการดำเนินชีวิตในสังคม

3.1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย

การที่จะอธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย ต้องเริ่มจากการทำความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวในการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล เนื่องจากความเครียดเป็นปฏิกิริยาพื้นฐานของมนุษย์ทุกวัยในทุกสภาวะที่ต้องเผชิญ ความเครียดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องปรับตัว หรือจัดการกับสถานการณ์แวดล้อมที่มาคุกคาม หรือขัดขวางจนทำให้บุคคลเสียสมดุลทางร่างกายและอารมณ์

จากการสังเกตทั้งสัตว์และมนุษย์ของ เซเย่ (Selye, 1956) พบว่า อาการเครียดทางกายมีลำดับการเกิดที่แน่นอน และอธิบายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายมนุษย์ต่อสิ่งที่มาคุกคาม (General Adaptation Syndrome : GAS) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมีของร่างกาย ซึ่งปฏิกิริยาการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียด มี 3 ระยะ คือ

ระยะบอเหตุหรือระยะตกใจ (Stage of Alarm) ระยะนี้บุคคลจะโต้ตอบสิ่งที่มากระตุ้นทันทีทันใด ไม่มีโอกาสพิจารณาหรือตั้งสติกับเหตุการณ์ ระยะนี้จะเป็นระยะสั้นๆ ปฏิกิริยาของบุคคลในการตอบสนองต่อความเครียดในระยะนี้ จะพบว่า ร่างกายมีการทำงานของฮอร์โมน สารเคมีในสมองและระบบประสาททำงานร่วมกัน ซึ่งสามารถสังเกตได้ว่าเมื่อบุคคลมีอาการตกใจใหม่ๆ จะมีชีพจรเต้นเร็ว มือเท้าเย็น และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย

ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) ระยะนี้บุคคลได้มีเวลาทบทวนที่มาของความเครียด และคิดหาวิธีที่จะนำมาใช้ในการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับความเครียด การปรับตัวในระยะนี้บุคคลจะมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเห็นได้จากพฤติกรรมการแสดงออก ที่บ่งบอกถึงเจตคติ และพฤติกรรมที่แสดงออก จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยและความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ถ้าบุคคลไม่สามารถใช้วิธีการในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การปรับตัวที่บุคคลกระทำก็จะกลายเป็นโทษได้

ระยะหมดกำลัง (Stage of Exhaustion) เป็นระยะที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนาน ต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือความเครียดเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุในเวลา เดียวกัน บุคคลจะไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไปและต้องพบกับภาวะที่อ่อนล้า หมดกำลังในการที่จะ ต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ไปในที่สุด

จากแนวคิดที่อธิบายปฏิกริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล มัลดารี (Muldary. 1983) เรียกขั้นตอนการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลในระยะต่อต้าน และในระยะหมดกำลัง ว่า เป็นกลุ่มอาการเหนื่อยหน่าย (Syndrome of Burnout) ซึ่งผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้พัฒนา มโนทัศน์เกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายให้เป็นที่ยอมรับในทางสังคมศาสตร์ คือ แมชแลชและ แจ็คสัน ; เซอนิส (Maslach & Jackson; Cherniss) งานวิจัยเกี่ยวกับมโนทัศน์นี้มีเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล ในช่วงปี ค.ศ. 1974 - 1983 มีหนังสือและงานวิจัยรวมกันถึงมากกว่า 1,000 ชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับอาการ เหนื่อยหน่ายต่องาน และระหว่างปี 1984-1990 มีหนังสือและงานวิจัยมากกว่า 1,500 ชิ้น (สงวน ลือ เกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Maslach; & Schaufell. 1993: 1)

ต่อมา แมชแลช (Maslach. 1986: 3) ได้เผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเกิด ความเหนื่อยหน่ายในวารสาร Human Behavior ในปี ค.ศ.1976 และได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ เรื่องความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มบุคคลที่มีอาชีพด้านการบริการหลายอาชีพ ได้ให้ความหมาย “ความ เหนื่อยหน่าย” ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย ท้อแท้ใจ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่า ความเป็นคนของผู้อื่น ทำให้มีอัตมโนทัศน์ และทัศนคติทางลบต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ เป็นผล สืบเนื่องจากความเครียดจากการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานด้านบริการซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล อื่นตลอดเวลาในฐานะผู้ให้บริการ ต้องเผชิญกับปัญหาและรับฟังความทุกข์ยากของผู้คนอยู่ตลอดเวลา ก่อนปี ค.ศ.1975 อาการเหนื่อยหน่ายไม่ได้อยู่ในความสนใจของสาธารณชน หรือนักวิชาการ แต่หลังจากปี ค.ศ. 1975 มีผู้ให้ความสนใจมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศ สหรัฐอเมริกา (สงวน ลือ เกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Maslach; & Schaufell. 1993: 3) อันผล เนื่องมาจาก

1. มนุษย์ใช้เวลากับการทำงานเพิ่มขึ้นมากกว่าในอดีต ทำให้ต้องเห็นห่างจากถิ่นที่ อาศัย ชุมชน หรือครอบครัว และใช้เวลาส่วนใหญ่มุ่งหาความสำเร็จในการทำงาน อันทำให้เกิด สภาวะที่ผู้ปฏิบัติงานตั้งความหวังไว้สูงกับการทำงานและผลที่จะได้รับ แต่ในขณะที่เดียวกันก็จะขาด การสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัวเพราะความเห็นห่าง ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้จะเกิดอาการเหนื่อย หน่ายได้ง่ายมาก และผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้มีมากขึ้นเรื่อยๆ ในสังคม

2. ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง การบริการสาธารณสุขมีลักษณะเฉพาะทางมากขึ้น เกิดระบบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ทำหน้าที่ดูแลปัญหาเฉพาะด้านไม่ใช่ปัญหาทั้งหมดของผู้รับบริการ องค์การทางสาธารณสุขมีขนาดโต และมีระเบียบซับซ้อน ผู้ใช้บริการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมากมาย ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สมหวังในงาน หรืองานไม่อาจให้สิ่งที่คาดหวังได้ เช่น อีสระในการทำงาน เป็นต้น

3. มีการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่ทุกคนพยายามแยกตัวเป็นอิสระ (individualization) ดังนั้นถ้าเกิดปัญหาใด ก็มักจะขอให้ผู้เชี่ยวชาญเรื่องนั้นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ฯลฯ แก้ไขให้ ซึ่งในอดีตปัญหาเหล่านี้มีญาติพี่น้อง ครอบครัว และเพื่อนฝูง เป็นผู้คอยแก้ไขให้ จึงทำให้ผู้ปฏิบัติงานบริการเหล่านี้มีการงานหนัก ขณะที่งบประมาณไม่ได้เพิ่มตามสัดส่วนภาระงาน ภาวะเช่นนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานบริการสามารถเกิดอาการเหนื่อยหน่ายได้ง่าย (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Cherniss. 1980)

4. ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน (autonomy) ของผู้ให้บริการในด้านต่างๆ ลดน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบัณฑิตจบใหม่มักหวังว่างานของตนนั้นต้องมีอิสระในการทำงาน ได้ใช้ความรู้ที่เรียนมา และได้พบกับผู้รับบริการที่มีความรับผิดชอบหรือให้ความร่วมมือ การศึกษาในมหาวิทยาลัย ก็ได้ปลูกฝังภาพเช่นนี้แก่บัณฑิต แต่เมื่อบัณฑิตได้ทำงานจริงๆ จะพบว่าความเป็นจริงไม่เหมือนตามที่หวัง อาการผิดหวังนี้เองก่อให้เกิดอาการเหนื่อยหน่าย (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Cherniss.1980)

5. คำว่าเหนื่อยหน่ายเป็นคำที่เป็นกลาง ไม่ได้แฝงความหมายว่าความผิดตกอยู่กับผู้ที่เกิดความเหนื่อยหน่าย ซึ่งทำให้มีผู้นิยมนำคำนี้ไปใช้เรียกปรากฏการณ์ที่เกิดกับผู้ปฏิบัติงานมากกว่าการใช้คำอื่นๆ เช่น การไม่พึงพอใจในงาน หรืออาการซึมเศร้า (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Shirom.1989 : 25)

อาจกล่าวได้ว่า ความเหนื่อยหน่ายเป็นกลุ่มอาการ ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเกิดภาวะเครียดในการทำงานที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรัง (Yee. 1981: 14; Duxbury. 1984: 113; Maslach. 1986: 3) ละเมื่อกความเครียดไม่ได้รับการแก้ไข จะเป็นความกดดันที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม อันเป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งการแสดงออกถึงการปรับตัวของบุคคลจะแสดงให้เห็นถึงการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ถ้าบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นความเครียดที่เรื้อรังยาวนานเกินความสามารถในการปรับตัว ก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต นำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย ในขณะที่บางคนอาจจะรับรู้ว่ามีสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย (Challenge) ต้องการเอาชนะ หรือรับรู้ว่ามีสิ่งแวดล้อมนั้นมีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign Positive) บุคคลนั้นจะเกิดการผ่อนคลาย และสามารถหันเหความสนใจไปในเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว บุคคลเหล่านี้มักจะไม่มีเกิดกลุ่มอาการเหนื่อยหน่าย (Muldary . 1983: 17-19; Lazarus; & Folkman. 1984)

สรุป แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย เป็นการอธิบายถึง กลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย ท้อแท้ใจ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น มีอัตมโนทัศน์ และทัศนคติทางลบต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ อันเป็นผลสืบเนื่องจากความเครียดจากการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานด้านบริการ ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดเวลาในฐานะผู้ให้บริการ ต้องเผชิญกับปัญหาและรับฟังความทุกข์ยากของผู้คนอยู่ตลอดเวลา (Maslach. 1986: 3) อาการเหนื่อยหน่ายเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลที่แตกต่างกันไป ถ้าบุคคลรับรู้ว่าสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นความเครียดที่เรื้อรังยาวนานเกินความสามารถในการปรับตัว ก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต นำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย ซึ่งถือเป็นความล้มเหลวในการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียด ในขณะที่บางคนอาจจะรับรู้สิ่งแวดล้อมจากการทำงานเป็นสิ่งที่ท้าทาย (Challenge) ต้องการเอาชนะ หรือรับรู้สิ่งแวดล้อมนั้นมีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign Positive) บุคคลนั้นจะเกิดการผ่อนคลาย และสามารถหันเหความสนใจไปในเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว บุคคลเหล่านี้มักจะไม่มีเกิดกลุ่มอาการเหนื่อยหน่าย (Mulday .1983: 17-19; Lazarus; & Folkman. 1984)

ในการวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ ในการอธิบาย ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในฐานะตัวแปรต้นกลาง ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนในการดูแลผู้ป่วย ที่เป็นผู้มีความพิการทางด้านจิตใจสังคมที่เรื้อรัง อาการของโรคอาจกำเริบได้เป็นระยะๆ ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแลบำบัดรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และอยู่ร่วมกับสังคมได้ ส่วนใหญ่สภาพปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลเกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว ซึมเฉย เคลื่อนไหวน้อย ไม่ใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ และขาดการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ล้วนเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกซักรมาณ และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณไม่ได้อาจเกิดอาการซึมเศร้าเมื่อการดูแลไม่บรรลุผลสำเร็จและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ (วราวรรณ ยศธรรมเสนี. 2537; อ้างอิงจาก Kane. 1984: 21) ขณะที่ผู้ดูแลบางรายก็จะทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสุขภาพทรุดโทรม (นันทิกา ทวีชาติ; และคณะ. 2539) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีชีวิตความเป็นอิสระส่วนตัวน้อยลงกว่าเดิม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นภาระให้กับครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเฝ้าระวังอันตรายต่าง ๆ ฯลฯ จนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. 2531; วรกช นิธิกุล.2535; มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. 2544)

สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลต้องทนอยู่ในสภาพการณ์ที่ตึงเครียด บีบคั้น เสี่ยงอันตราย เป็นระยะเวลายาวนาน มีความวิตกกังวล เหนื่อยล้า เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆ ในทางลบ เช่น อาจเกิดการปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าตนมีปัญหา (denial) เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ หรือมีความคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไป หรือไม่ก็คอยเฝ้าดูผู้ป่วยตลอดเวลาว่าอาการจะกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด (ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ. 2531: 100) และจากการที่ผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่ท้อแท้ ซึมเศร้า และหมดหวัง ย่อมทำให้ผู้ดูแลหมดความอดทนต่อสภาพการณ์ของการดูแล โดยแสดงออกมาในรูปแบบของการปฏิเสธการดูแล หรือขาดความกระตือรือร้น พยายามผลักดันให้โรงพยาบาล ทอดทิ้งผู้ป่วยหรือ การแสดงอารมณ์รุนแรงต่อผู้ป่วย ในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งแสดงถึงความเหนื่อยหน่ายที่เกิดจากการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยหน่ายในระดับต่างๆ กันไปตามความรุนแรงของอาการ

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า ความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในฐานะตัวแปรคั่นกลาง โดยตั้งสมมติฐานว่า ความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.1.3 อาการและอาการแสดง

ความเหนื่อยหน่าย เป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงผลกระทบที่เกิดจากความล้าเหลวในการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดของบุคคล ในที่นี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการเหนื่อยหน่าย เนื่องจากผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ต้องอุทิศตนในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวที่มีความพิการทางจิตสังคมเรื้อรัง ผู้ดูแลมักประสบกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด อันได้แก่ การปรับเปลี่ยนบทบาท หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความยุ่งเหยิงภายในครอบครัว ครอบครัวต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ และผู้ดูแลเองก็มีงานที่ต้องทำมากมาย ท่วมท้นไปหมด เป็นต้น และเมื่อปัจจัยเหล่านี้ยังคงอยู่โดยไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ดูแลจะเกิดมีความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน บางครั้งผู้ดูแลจะรู้สึกว่สถานการณ์ปัญหาหลายอย่างดูเหมือนจะแก้ไขได้ลำบาก รู้สึกว่าทุกอย่างสิ้นหวังไปหมด และเป็นการยากที่จะรวบรวมพลังให้กลับมาสามารถดูแลผู้ป่วยได้ จึงปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามยถากรรม (Melinda Smith; et al. 2007: online) จนกระทั่งความรุนแรงของอาการเหนื่อยหน่ายพัฒนาไปสู่ระดับที่เพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง พบมีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้อธิบายถึงอาการและอาการแสดงของความเหนื่อยหน่าย ไว้ดังนี้

แมค คอนเนล (McConnell. 1982: 72; อ้างอิงจาก Maslach. 1981) ได้แบ่งอาการและอาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่หนึ่ง ความเหนื่อยหน่ายเริ่มต้นจาก ความรู้สึกท้อแท้ใจ เมื่อคิดถึงว่าจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยก็จะรู้สึกหมดแรง ต่อมาจะเกิดความอ่อนเพลียทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เป็นหวัด ใต้ง่าย ปวดเมื่อยร่างกาย นอนหลับไม่สนิท เป็นต้น ระยะนี้เป็นความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ มีอาการเพียงเล็กน้อย สามารถแก้ไขได้ด้วยการพักผ่อนหรือหยุดงานชั่วคราว

ระยะที่สอง จะมีอาการและอาการแสดงตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป เริ่มมีทัศนคติทางลบต่อผู้ร่วมงานและผู้ป่วยให้ความนับถือผู้ป่วยในฐานะบุคคลลดลง ในระยะที่สองนี้อาการแสดงจะเกิดในช่วงเวลาที่นานขึ้น แม้จะพักผ่อนอย่างเต็มที่ในวันหยุดแล้วก็ยังคงรู้สึกเมื่อยล้า ต้องการการดูแลหรือความช่วยเหลือเป็นพิเศษ

ระยะที่สาม เป็นระยะสุดท้ายของความเหนื่อยหน่าย ไม่ค่อยพบบ่อยนัก ระยะนี้จะ เป็นผลรวมของการเกิดความเหนื่อยหน่ายในระยะที่หนึ่งและระยะที่สองอย่างเรื้อรัง ไม่สามารถจัดการกับความเหนื่อยหน่ายได้ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง การให้ความนับถือผู้ร่วมงานและผู้ป่วยในฐานะบุคคลลดลง ขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ขาดเป้าหมายในการทำงาน ขาดการตอบสนองทางอารมณ์ ไม่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพลังกำลังจะลดลงไป ในระยะที่สามเป็นอาการและอาการแสดงที่ต่อเนื่องจากระยะที่สอง ซึ่งเชื่อว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงกลับคืนเป็นปกติได้อีก

มัลดารี (Muldary. 1983: 6) ได้อธิบายไว้ว่า กลุ่มอาการของความเหนื่อยหน่าย จะแสดงออกใน 3 ด้านคือ

1. ด้านจิตใจ ประกอบด้วย กลุ่มอาการด้านอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติ ผู้ที่เกิดความเหนื่อยหน่ายจะมีอารมณ์ฉุนเฉียว แปรปรวน ซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล มีความคับข้องใจ เก็บกด หนีจากความเป็นจริง ขาดสมาธิ มีความคิดเห็นขัดแย้งกับผู้อื่น มีทัศนคติทางลบต่อตนเอง ต่องานและผู้รับบริการ ต่ำหั้น และมีความคิดเป็นศัตรูกับผู้อื่น

2. ด้านร่างกาย จะพบอาการผิดปกติในระบบต่างๆ ดังนี้ คือ อ่อนเพลีย นอนหลับยาก เมื่อหลับแล้วปลุกตื่นยาก อัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้น มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณคอ หลัง ไหล่ เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้มาก จนทำให้มีน้ำหนักลดหรือเพิ่มมากเกินไป ปวดศีรษะ ท้องเสีย เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นหวัดบ่อย มือเท้าเย็น

3. ด้านพฤติกรรม ได้แก่ การตัดสินใจไม่ดี ลืมง่าย ความคิดชะงัก ลดความสนใจในเรื่องราวต่างๆ ชอบตำหนิผู้อื่น ปฏิบัติต่อผู้รับบริการเป็นเสมือนหนึ่งวัตถุ ผลผลิตและคุณภาพของงานลดลง ขาดงาน ดื่มแอลกอฮอล์และใช้ยาเพิ่มขึ้น สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (Muldary. 1983 : 4-5)

แมสแลช และแจคสัน (Maslach; & Jackson .1981: 101) ได้อธิบายไว้ว่า องค์ประกอบของอาการที่แสดงถึงความเหนื่อยหน่าย มี 3 องค์ประกอบ ตามกระบวนการเกิด คือ

- อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) คือ การหมดกำลังใจหรือแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้ผู้นั้นหลีกเลี่ยงการทำความรู้จักหรือพบปะกับผู้อื่น มักมาทำงานสาย ขาดงาน ผลการปฏิบัติงานต่ำ หรือลาออกจากงานในที่สุด

- การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น (depersonalization) คือการมองผู้ป่วยหรือคนอื่นเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นคนซึ่งมีความรู้สึก ผู้ปฏิบัติงานที่มีอาการนี้จะแข็งกระด้างกับผู้รับบริการ ไม่พยายามเข้าใจ หรือไม่เอาใจใส่ผู้รับบริการ อีกทั้งยังมองผู้รับบริการในแง่ลบ เช่น เห็นว่าผู้รับบริการยุ่งหรือมาเพิ่มงานให้ การแสดงอาการเหยียดหยามดูหมิ่นผู้รับบริการและบุคคลอื่น หรือเพิกเฉยต่อคำร้องขอ ฯลฯ

ในการวิจัยนี้ใช้คำว่า depersonalization หมายถึง การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น แทนคำว่า การลดความเป็นบุคคล ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า เป็นคำที่สื่อสารให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับเรื่องที่ทำการศึกษา อาจไม่เหมือนกับรายงานการวิจัยอื่นที่ศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย แต่การอธิบายรายละเอียดในหัวข้อนี้ไม่แตกต่างกัน

- ส่วนความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน (lack of personal accomplishment) เป็นการประเมินตนเองในแง่ลบ โดยผู้ที่มีอาการนี้จะรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลงหรือไม่ถึงขั้นที่ดี และไม่มีความก้าวหน้าในงานมากที่สุด มีเจตคติและปฏิกริยาในทางลบต่อผู้อื่นโดยเฉพาะต่อผู้รับบริการ เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ มีการตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลว สูญเสียความนับถือในตนเอง มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความภูมิใจในผลงานของตนเอง ตลอดจนเกิดอาการซึมเศร้า อาจหาทางเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงาน

ซึ่งจากองค์ประกอบทั้ง 3 ประการข้างต้น สามารถอธิบายกระบวนการเกิดอาการเหนื่อยหน่ายได้ 4 กระบวนการ ดังแผนภาพที่ 1 (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Maslach. 1982: 135; Lee; Ashforth. 1993 a: 388; Leiter. 1988; 1991a; 1993; Lee; Ashforth. 1993b.; Golembiewski; Munzenrider. 1988) ได้แก่

กระบวนการที่ 1 แมชแลช (Maslach. 1982: 135) กล่าวว่า เมื่อผู้ปฏิบัติงานพบกับความเครียดและแรงกดดันมากๆ เป็นเวลานานๆ จะเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานจะตอบสนองโดยการทำงานให้น้อยลง พยายามทำตัวเองให้ห่างจากงาน และผู้รับบริการ กล่าวคือ การไม่ใส่ใจต่อผู้รับบริการ หรือการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น ได้เกิดขึ้น เมื่อผู้ปฏิบัติงานพบว่าตนเองปฏิบัติงานไม่ได้ตามที่เคยคิดไว้ เช่น เคยคิดว่าจะช่วยผู้ป่วยที่ทุกข์ยากหรือจะช่วยเหลือสังคม ประเทศชาติ การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนไม่สมหวังในผลสำเร็จของงานตามที่ได้ตั้งใจไว้หรือ

กระบวนการที่ 2 ลี และ แอชฟอर्थ (Lee; & Ashforth. 1993 a: 388) พบว่า อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จของงานตามที่ตั้งใจไว้ หรือ

กระบวนการที่ 3 เลเตอร์, ลี และ แอชฟอर्थ (Leiter. 1988; 1991a; 1993; Lee; & Ashforth. 1993b)เสนอว่า อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ก่อให้เกิดการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ แต่ความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จไม่ได้เกิดจากองค์ประกอบอื่นๆ หรือ

กระบวนการที่ 4 โกลเลมบิวสกี และ มันทเซนไรเดอร์ (Golembiewski; & Munzenrider. 1988) กล่าวว่า การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นก่อน ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จ แล้วส่งผลก่อให้เกิดอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ตามมา

กระบวนการเกิดอาการเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

กระบวนการที่ 1

อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ → การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ → ความรู้สึก
ไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน

กระบวนการที่ 2

อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ → การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ
↓
ความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน

กระบวนการที่ 3

อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ → การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ
ส่วนความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จของตนเกิดขึ้นอย่างเป็นเอกเทศ

กระบวนการที่ 4

การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ → ความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จ
ของตน → อาการ
อ่อนล้าทางอารมณ์

ภาพประกอบ 3 กระบวนการเกิดอาการเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

ที่มา: สวงน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Maslach. 1982:135 ; Lee; & Ashforth. 1993a: 388; Leiter. 1988; 1991a; 1993; Lee; & Ashforth. 1993b; Golembiewski; & Munzenrider. 1988.

สรุป ความเหนื่อยหน่าย เป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงผลกระทบที่เกิดจากความล้มเหลวในการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดของบุคคล ส่วนใหญ่อาการและอาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายจะเริ่มเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเป็นภาวะที่เรื้อรัง ผู้ที่เกิดความเหนื่อยหน่ายจะมีอารมณ์ฉุนเฉียว แปรปรวน ซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล มีความคับข้องใจ เก็บกด หนีจากความเป็นจริง ขาดสมาธิ มีความคิดเห็นขัดแย้งกับผู้อื่น มีทัศนคติทางลบต่อตนเอง ต่องานและผู้รับบริการ และมีความคิดเป็นศัตรูกับผู้อื่น ร่วมกับการพบอาการผิดปกติในระบบต่างๆ คือ อ่อนเพลีย นอนหลับยาก เมื่อหลับแล้วปลุกตื่นยาก อัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้น มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณคอ หลัง ไหล่ เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้มาก จนทำให้น้ำหนักลดหรือเพิ่มมากเกินไป ปวดศีรษะ ท้องเสีย เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นหวัดบ่อย มือเท้าเย็น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เกิดความเหนื่อยหน่ายจะมีการตัดสินใจไม่ดี ลืมง่าย ความคิดชะงัก ลดความสนใจในเรื่องราวต่างๆ ชอบตำหนิผู้อื่น ปฏิบัติต่อผู้รับบริการเป็นเสมือนหนึ่งวัตถุ ผลผลิตและคุณภาพของงานลดลง ขาดงาน ดื่มแอลกอฮอล์และใช้ยาเพิ่มขึ้น สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (Muldary. 1983: 4-5)

ในการวิจัยนี้ จะทำการศึกษาอาการและอาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายที่เกิดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการเหนื่อยหน่าย เนื่องจากผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ต้องอุทิศตนในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องปรับเปลี่ยนบทบาท หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความยุ่งเหยิงภายในครอบครัว ครอบครัวต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ขณะที่ผู้ดูแลเองก็มีงานต้องทำมากมาย ท่วมท้นไปหมดเป็นต้น และเมื่อปัจจัยเหล่านี้ยังคงอยู่โดยไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ดูแลจะเกิดความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดซ้ำแล้วซ้ำอีก เป็นระยะเวลายาวนาน บางครั้งผู้ดูแลจะรู้สึกว่าสถานการณ์ปัญหาหลายอย่างดูเหมือนจะแก้ไขได้ลำบาก รู้สึกว่าทุกอย่างสิ้นหวังไปหมด และเป็นกรยากที่จะรวบรวมพลังให้กลับมาสามารถดูแลผู้ป่วยได้ จึงปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามยถากรรม (Melinda Smith; et al.2007: online) จนกระทั่งพัฒนาไปสู่ความรุนแรงของอาการในระดับต่างๆ โดยการศึกษอาการและอาการแสดงถึงความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ใช้แนวคิดของ แมซแลช และแจคสัน (Maslach; & Jackson. 1981) ที่ได้อธิบายไว้ว่า อาการและอาการแสดงถึงความเหนื่อยหน่าย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ตามกระบวนการเกิด คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้ป่วยและผู้อื่น การไม่สมหวังในความสำเร็จของตน ตั้งแต่ระดับต่ำ จนถึง ระดับสูง โดยจะอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวัดอาการเหนื่อยหน่ายในหัวข้อต่อไป

3.1.4 การวัดอาการเหนื่อยหน่าย

แบบวัดอาการเหนื่อยหน่ายที่นิยมมากที่สุด คือ การใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามหลายข้อ เนื่องจากแบบวัดที่เป็นแบบสอบถามสามารถจำแนกเป็นกลุ่มตามปริมาณข้อมูลของคุณสมบัติทางการวัดทางจิตวิทยา (psychometric properties) และแบบวัดที่มีการใช้ในการวิจัยมากที่สุด คือ Burnout Measure (BM) และ Maslach Burnout Inventory (MBI) ซึ่งมีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของ BM และ MBI (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Schaufeli, Enzmann; & Girault. 1993: 205) ดังนี้

3.1.4.1 The Burnout Measure (BM) เป็นแบบวัดที่มีผู้นิยมใช้เป็นอันดับสองรองจาก MBI โดย Pines., Aronson; & Kafry (1981) เป็นผู้สร้างแบบวัดนี้ขึ้น ตามนิยามที่ว่าอาการเหนื่อยหน่าย คือ ความอ่อนล้าทางกาย อารมณ์ และจิตใจ ดังกล่าวมาแล้ว BM สามารถใช้กับบุคคลในทุกสาขาอาชีพ ไม่จำกัดเฉพาะผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ (Professionals) แบบวัดนี้เป็นสเกลแบบ Likert ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ มีคำตอบแบบ 7 ตัวเลือก ตั้งแต่หมายเลข 0 (ไม่เคย) จนถึง 6 (ประจำ) นักวิจัยบางท่านกำหนดเกณฑ์ขึ้นว่าช่วงคะแนนใดเป็นช่วงที่แสดงว่าเกิดอาการเหนื่อยหน่าย แต่เกณฑ์ดังกล่าวยังไม่ควรนำมาใช้ เพราะยังขาดข้อมูลที่เพียงพอสนับสนุนความถูกต้อง

จากการใช้แบบสอบถาม BM กับตัวอย่างมากกว่า 5,000 คน ที่มีลักษณะภูมิหลังต่างๆ กัน พบว่า BM มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาที่ดีมาก (Pines; & Aronson. 1988) ค่าความเที่ยงมีค่า 0.91-0.93 ความเที่ยงที่สูงอาจเนื่องมาจากแบบวัดมีคำถามหลายข้อที่มีความหมายเหมือนกัน การทดสอบความเที่ยงแบบวิธีทดสอบซ้ำ ภายใน 1 และ 4 เดือน พบค่าความเที่ยง 0.66-0.89 (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Pines; & Aronson. 1988)

คุณสมบัติด้านความตรงตามทฤษฎี (Construct validity) ของ BM พบว่า คะแนนจาก BM มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับตัวแปรต่างๆ ตามที่คาดหวังไว้ตามทฤษฎี (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Pines; & Aronson. 1988) โดยสัมพันธ์กันในทางลบกับความพึงพอใจในการทำงาน สัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการออกจากงาน การลาออกจากงานสุขภาพทางกายที่ไม่ดี อาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหารและอาการตื่นตระหนกง่าย นอกจากนี้ BM ยังสัมพันธ์กับความมีอิสระในการทำงาน การขาดการสนับสนุนทางสังคม และการขาดการประเมินความสามารถย้อนกลับ (feedback) อย่างไรก็ดีตาม ความสัมพันธ์ที่พบมีค่าไม่เกิน 0.4 ในเกือบทุกกรณี

BM จัดเป็นแบบวัดมิติเดียว แม้ว่าผู้สร้างจะให้นิยามอาการเหนื่อยหน่ายไว้เป็นแบบหลายมิติ ทำให้นักวิจัยหลายท่านมองแบบวัดนี้ว่าไม่สอดคล้องกับนิยามพื้นฐาน อันเป็นเหตุให้นิยามนิยมในแบบวัดนี้ลดลง งานวิจัยที่หาความสัมพันธ์ของคะแนนจาก BM และ MBI พบว่า BM สัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ระหว่าง 0.50-0.70 และมีความสัมพันธ์ในระดับที่ต่ำกว่ากับความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน ($r = -0.25$ ถึง -0.30) (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Schaufeli, Enzmann; & Girault. 1993: 206-207) สรุปว่า BM เป็นแบบวัดที่เที่ยงและตรงสำหรับการวัดอาการอ่อนล้าในการทำงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของอาการเหนื่อยหน่าย (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Shirom. 1989: 31)

3.1.4.2 Maslach Burnout Inventory (MBI) ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 มิติย่อยวัดความอ่อนล้าทางอารมณ์ (9 ข้อ) การไม่เห็นคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ (5 ข้อ) และความรู้สึกถึงความประสบความสำเร็จ (8 ข้อ) ในระยะเริ่มแรก MBI ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ ที่ให้ผู้ตอบ ตอบในสองรูปแบบคือ รูปแบบความถี่และความแรง เช่น คำถามที่ว่า “ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยอ่อนอย่างมากหลังจากเลิกงาน” ผู้ตอบต้องตอบว่ามีความรู้สึกดังกล่าวถี่มากน้อยเพียงไร และยังต้องตอบว่ามีความรู้สึกดังกล่าวมากน้อยเพียงไรบนสเกลตั้งแต่หนึ่งถึงเจ็ด อย่างไรก็ตามในงานวิจัยหลังปี ค.ศ. 1981 พบว่า คำตอบในรูปของความถี่และความแรงมีความสัมพันธ์กันสูงมาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า 0.8 จึงได้มีการแนะนำว่าควรใช้เฉพาะ MBI ที่มีคำตอบในรูปของความถี่ โดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ตอบตอบทั้งสองลักษณะ (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Maslach, Jackson; & Litter. 1996: 11) MBI วัดระดับของอาการเหนื่อยหน่ายแต่ไม่ได้วัดว่าผู้ตอบมีความเหนื่อยหน่ายหรือไม่ โดยจะถือว่าผู้ตอบมีอาการเหนื่อยหน่ายในระดับที่สูง ถ้าผู้ตอบได้คะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์สูง ได้คะแนนการไม่เห็นคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการสูง และมีคะแนนความประสบความสำเร็จของตนเองต่ำ (มาตรวัดนี้มีความหมายเชิงบวก ดังนั้นถ้าได้คะแนนสูงจะมีอาการเหนื่อยหน่ายต่ำ)

ในคู่มือการใช้ MBI ได้แบ่งระดับอาการเหนื่อยหน่ายเป็น 3 ช่วง โดยแบ่งตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีมากกว่า 10,000 คน จากอาชีพต่างๆ ที่หลากหลายออกเป็น 3 กลุ่ม จำนวนเท่าๆ กัน ตามระดับคะแนน โดยให้กลุ่มแรกมีอาการเหนื่อยหน่ายในระดับสูงกลุ่มที่สอง มีอาการเหนื่อยหน่ายในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มที่สาม มีอาการเหนื่อยหน่ายในระดับต่ำ (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Maslach, Jackson; & Leiter. 1996: 6) อย่างไรก็ตามยังไม่มีมีการตรวจสอบเกณฑ์เหล่านี้โดยอาศัยจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิก

แบบวัด MBI มีความเหมาะสมกับการประเมินอาการเหนื่อยหน่ายในอาชีพที่ให้บริการแก่สังคม ส่วนอาชีพอื่นๆ ที่ไม่ได้มีลักษณะการทำงานกับผู้รับบริการโดยตรง เช่น ผู้ที่ทำงานด้านบริหาร จะมีลักษณะของการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ หรือความรู้สึกไม่สมหวังความสำเร็จต่างไปจากผู้ทำงานบริการ ทำให้ MBI ใช้ได้ไม่ดีในอาชีพเหล่านี้ Golembiewski และคณะ (1988) ได้ศึกษาอาการเหนื่อยหน่ายในบุคคลที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่การให้บริการ และเปลี่ยนคำว่าผู้รับบริการใน MBI เป็นคำว่า เพื่อนร่วมงาน การเปลี่ยนคำเช่นนี้ อาจทำให้ความหมายของแบบวัดเปลี่ยนไปด้วย การสรุปผลการวิจัยดังกล่าวจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนแบบวัดการไม่เห็นคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นลักษณะที่จำเพาะกับอาชีพที่ต้องให้บริการแก่ผู้คน (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Maslach; & Schaufeli. 1993: 12; Leiter. 1991b: 550)

ในการวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Christina Maslach; & Susan E. Jackson (1986) และได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย สิริยา สัมมาวาจ (2532) ทำการศึกษาตัวแปรความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยมิติในการวัด 3 ด้าน คือ ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ด้านการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น (depersonalization) และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน (lack of personal accomplishment) ซึ่งนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอน ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล คาดว่าจะทำให้ทราบข้อมูลอาการความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือ ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบ

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ลาซลิน และคณะ (Lathlean; & Corner. 1991; อ้างอิงจาก McElroy. 1985) ได้อธิบายไว้ว่า ลักษณะสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายจะมีปัจจัยร่วมหลายๆ ปัจจัย (Multiple factors) และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถแบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มปัจจัยภายในตัวบุคคล และกลุ่มปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลประกอบด้วย บุคลิกภาพ ความเครียด และกลวิธีจัดการกับปัญหา ส่วนกลุ่มปัจจัยภายนอกตัวบุคคลคือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

4.1 ปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย

4.1.1 บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งชี้ความเป็นปัจเจกบุคคลและเป็นสิ่งที่กำหนดรูปแบบการคิด แรงจูงใจ พฤติกรรมหรือลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ของบุคคลนั้น (Pervin. 1993: 3; Ryckman. 2004: 4) นักจิตวิทยาต่างเห็นพ้องกันว่าบุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ ประการแรกคือ เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มภายในของบุคคล (Internal dispositions) โดยจะมีความคงที่ในเวลาและสถานการณ์ส่วนใหญ่ ประการที่สอง ลักษณะดังกล่าวสามารถวัดและพรรณนาได้ในรูปคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกัน ประการที่สาม ลักษณะแต่ละด้านจะเป็นอิสระต่อกันและประการสุดท้ายลักษณะบุคลิกภาพเป็นความแตกต่างโดยทั่วไประหว่างบุคคลในการจัดการกับอารมณ์ (ชูชัย สมितिไกร. 2546: 29; อ้างอิงจาก McAdams. 1990)

โดยทฤษฎีต่างๆ เกี่ยวกับบุคลิกภาพ ก็จะพยายามอธิบายเพื่อให้เข้าใจลักษณะโดยธรรมชาติของบุคคล ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีบุคลิกภาพของ จุง (Carl G. Jung. 1875 – 1961; อ้างอิงจาก สุชา จันทน์เอม. 2535) ได้แบ่งบุคลิกภาพของบุคคลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ บุคคลประเภทชอบสังคม (Extrovert) จะมีลักษณะเด่น คือ เป็นคนเปิดเผย ร่าเริง ชอบออกสังคม เป็นคนที่สร้างความเชื่อมั่นอยู่บนรากฐานของความเป็นจริง มีอุปนิสัยที่เปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อม และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ เมื่อเกิดความคับข้องใจ มักมีพฤติกรรมในรูปแบบของการต่อสู้ (Defense) ส่วนบุคคลประเภทเก็บตัว (Introvert) จะมีลักษณะเด่น คือ เป็นคนลึกลับ ผูกพันกับตนเองมากกว่าผูกพันกับสังคม เป็นบุคคลที่มีกฎเกณฑ์แน่นอนในการควบคุมอุปนิสัยของตนเอง เชื่อถือตนเอง และมักตัดสินใจโดยใช้ตัวเองเป็นหลัก เมื่อเกิดความคับข้องใจ มักมีพฤติกรรมแบบหลบหนี แยกตัวเองออกไปจากสังคม (Isolation)

นอกจากนี้ โรเบอร์ท และ จอห์น (Robert V. Kail; & John C. Cavanaugh. 2007) ยังได้อธิบายถึงลักษณะของบุคลิกภาพที่มีความสัมพันธ์กับกลวิธีจัดการกับปัญหาเมื่อบุคคลประสบกับความเครียดไว้ว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพเป็นแบบเครียดง่าย ซีมโห ดุ ก้าวร้าว กระสับกระส่าย ใจร้อน อยู่ไม่นิ่ง เมื่อประสบกับปัญหาหรือเกิดความทุกข์ใจ จะมีแรงจูงใจ มีทัศนคติที่ดีในการเร่งแก้ไข ปัญหา และปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างเคร่งครัด ขณะที่ผู้ที่มีบุคลิกภาพในทางตรงข้าม คือ ใจเย็น ปล่อยให้ทุกอย่างที่เกิดขึ้นดำเนินไปเรื่อยๆ และเมื่อประสบกับปัญหาก็จะไม่เร่งแก้ไขจนทำให้เกิดผลเสียตามมาได้ ทั้งนี้เมื่อปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ก็ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Muldry. 1983: 1-3)

ส่วนการศึกษาของ ชิมิซุทานิ และคณะ (Masahiro SHIMIZUTANI; et al. 2008) ก็สนับสนุนว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับกลวิธีจัดการกับปัญหาและความเหนื่อยหน่าย โดยได้ทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลกับลักษณะบุคลิกภาพและกลวิธีจัดการกับปัญหา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อารมณ์หวั่นไหวง่าย จะเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายในงาน เหนื่อยหน่ายบุคคลที่เกี่ยวข้อง และเหนื่อยหน่ายผู้ป่วยที่ให้การดูแล สูงกว่าผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert) และขณะเดียวกันพยาบาลทั้งกลุ่มที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อยู่ในระดับสูง อารมณ์หวั่นไหวง่าย และกลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert) เมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย จะใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าบุคลิกภาพของบุคคลถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดว่า บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ อย่างไร หรืออาจกล่าวได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมอย่างไรนั้นย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะบุคลิกภาพของเขานั้นเอง จะเห็นได้จากการที่บุคคลมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่เสมอ จะมีความกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้สูง บุคคลที่ขาดความอดทนอดกลั้น มักจะมีความคับข้องใจจากอุปสรรคในการทำงาน จึงมีโอกาสทำให้เกิดการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ และก่อความเสียหายต่อผู้รับบริการได้

(Maslach. 1986: 62-63) นอกจากนี้บุคคลที่เชื่อมั่นในตนเองสูงจะคิดว่าตนเองมีศักยภาพในการจัดการควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างได้ หรือคนที่มักจะหวังพึ่งพาสิ่งแวดล้อมภายนอกอยู่ตลอดเวลา เมื่อประสบความผิดหวังคนกลุ่มนี้จะรู้สึกล้มเหลว บุคคลที่ไม่ได้รับการฝึกฝนเตรียมในการทำงานเพียงพอ เมื่อต้องทำงานภายใต้ความกดดันจะมีความเครียดสูง ประสบกับภาวะช็อคในการปฏิบัติงาน เมื่องานมิได้เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้ (Mulday.1983: 102 - 119) และการศึกษาของ นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์ (นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์. 2534: 63) ก็พบเช่นกันว่า บุคลิกภาพที่ต่างกันมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีบุคลิกภาพประเภทอารมณ์ห้วนเหว มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงสุด และบุคลิกภาพเชิงสภาวะอารมณ์สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายได้ รวมถึงการศึกษาของ พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา (พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา. 2537) ก็พบว่าบุคลิกภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า บุคลิกภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความเครียด ในการดูแลผู้ป่วย โดยตั้งสมมติฐานว่า บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล

4.1.2 ความเครียด ตามแนวคิดของ เซเย่ (Selye. 1956) ได้อธิบายไว้ว่า ความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึง การที่ผู้ดูแลมีปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจต่อความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนาน ต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือความเครียดเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุในเวลาเดียวกัน ผู้ดูแลจะไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไปและต้องพบกับภาวะที่อ่อนล้า หมดกำลังในการที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ไปในที่สุด และยังได้อธิบายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายมนุษย์ต่อสิ่งที่มาคุกคาม (General Adaptation Syndrome : GAS) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมีของร่างกาย ซึ่งปฏิกิริยาการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียด มี 3 ระยะ คือ

ระยะบอกเหตุหรือระยะตกใจ (Stage of Alarm) ระยะนี้บุคคลจะโต้ตอบสิ่งที่มากระตุ้นทันทีทันใดไม่มีโอกาสพิจารณาหรือตั้งสติกับเหตุการณ์ ระยะนี้จะเป็นระยะสั้นๆ ปฏิกิริยาของบุคคลในการตอบสนองต่อความเครียดในระยะนี้ จะพบว่า ร่างกายมีการทำงานของฮอว์โมน สารเคมีในสมองและระบบประสาททำงานร่วมกัน ซึ่งสามารถสังเกตได้ว่าเมื่อบุคคลมีอาการตกใจใหม่ๆ จะมีชีพจรเต้นเร็ว มือเท้าเย็น และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย

ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) ระยะนี้บุคคลได้มีเวลาทบทวนที่มาของความเครียดและคิดหาวิธีที่จะนำมาใช้ในการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับความเครียดการปรับตัวในระยะนี้บุคคลจะมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสามารถเห็นได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก ที่บ่งบอกถึงเจตคติและพฤติกรรมที่แสดงออก จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยและความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ถ้าบุคคลไม่สามารถใช้วิธีการในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การปรับตัวที่บุคคลกระทำก็จะกลายเป็นโทษได้

ระหมดกำลัง (Stage of Exhaustion) เป็นระยะที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนาน ต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือความเครียดเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุในเวลาเดียวกัน บุคคลจะไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไปและต้องพบกับภาวะที่อ่อนล้า หมดกำลัง ในการที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ไปในที่สุด และจากแนวคิดที่อธิบายปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล มัลดารี (Muldary. 1983) เรียกขั้นตอนการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลในระยะต่อต้านและในระหมดกำลัง ว่า เป็นกลุ่มอาการเหนื่อยหน่าย (Syndrome of Burnout)

ซึ่ง พสุ เดชะรินทร์ (พสุ เดชะรินทร์. 2536: 87-88) ได้อธิบายไว้ว่า ความเครียดมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง เกิดความท้อถอยหรือทำงานไม่สำเร็จตามกำหนดที่ตั้งไว้ และทำให้เกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนาน ต่อเนื่องจากการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นภาระให้กับครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเฝ้าระวังอันตรายต่าง ๆ ฯลฯ จนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ. 2531; วรช นธิกุล. 2535; มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล; และ พรชัย พงศ์สงวนสิน. 2544) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลต้องทนอยู่ในสภาพการณ์ที่ตึงเครียด บีบคั้น เสี่ยงอันตราย เป็นระยะเวลายาวนาน มีความวิตกกังวล เหนื่อยล้า เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่าง ๆ ในทางลบ เช่น อาจเกิดการปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าตนมีปัญหา (denial) เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ หรือมีความคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไป หรือไม่ก็คอยเฝ้าดูผู้ป่วยตลอดเวลาว่าอาการจะกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ. 2531: 100)

สถานการณ์ตามที่กล่าวข้างต้น ย่อมส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงสอดคล้องกับที่ เบเกอ (Baker. 1989) ได้รายงานผลการศึกษาความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ต้องประสบกับความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือระดับประคองแล้วประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า ความเครียดของผู้ดูแล เป็นปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล โดยตั้งสมมติฐานว่า ความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย

4.1.3 กลวิธีจัดการกับปัญหา ตามแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus; & Folkman. 1984) ได้อธิบายไว้ว่า กลวิธีจัดการกับปัญหา เป็นความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมของบุคคลอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ให้คลี่คลายลง ในการวิจัยนี้ กลวิธีจัดการกับปัญหา จัดเป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึงการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลในการแก้ไขหรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อทำให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนั้นคลี่คลายลง โดยลักษณะการทำงานของกลวิธีจัดการกับปัญหา มี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และลักษณะที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งลักษณะ

การจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ กลวิธีการจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง คือ การที่ผู้ดูแลพยายามใช้ความสามารถของตนมาจัดการกับปัญหา หรือความเครียด และกลวิธีการจัดการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ คือ การที่ผู้ดูแลพยายามหาความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ในการจัดการกับปัญหา หรือความเครียด ส่วนลักษณะการจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ กลวิธีการจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (เวินา มิ่งเมือง. 2540; อ้างอิงจาก McCrae; & Costa. 1986 Cite in Kleinke. 1997; Lazarus; & Folkman. 1984)

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า กลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล เป็นปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล โดยตั้งสมมติฐานว่า กลวิธีการจัดการกับปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

4.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

4.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากอาการความผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักเริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง (มานิตย์ ศรีสุภานนท์; และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542; มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. 2548 ; National Research Council of Thailand. 2007: online) มีผลทำให้เกิดความพิการทางจิตใจตามมา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว มีผลทำให้ครอบครัวจำนวนมากที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรง และเรื้อรัง โดยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน (วราวรรณ ยศธรรมเสณี. 2537: 19) ผู้ดูแลต้องทนอยู่ในสภาพการณ์ที่ตึงเครียด บีบคั้น เสี่ยงอันตราย เป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเหนื่อยล้า เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆ ในทางลบ เช่น อาจเกิดการปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าตนมีปัญหา (denial) เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ หรือมีความคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไป หรือไม่ก็คอยเฝ้าดูผู้ป่วยตลอดเวลาว่าอาการจะกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. 2531: 100)

สถานการณ์ตามที่กล่าวข้างต้น ระหว่างระยะเวลาที่ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรง ผู้ดูแลต้องทนอยู่ในสภาพการณ์ที่ตึงเครียด บีบคั้น เสี่ยงอันตราย เป็นระยะเวลายาวนาน สอดคล้องกับแนวคิดของ แมซแลช (Maslach. 1986: 60) ที่ได้อธิบายไว้ว่า ระยะเวลาเป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึงประสบการณ์ในการทำงาน โดยบุคคลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าบุคคลที่ปฏิบัติงานมาระยะสั้น ทั้งนี้เพราะวิวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้บุคคลมีการปรับตัว มองโลกกว้างไกล และสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ จิริบอگاและ ไบเลย์ (Chiriboga; & Bailey. 1986: 84-91) ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยจะเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ (สิระยา สัมมาวจ. 2532: 48; นวลอนงค์ ศรีรัตนัน. 2534: 95; จันทรา วีรปฏิญญา. 2537: 116) ที่พบว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 5 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 6 - 10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ตามลำดับ และมีการศึกษาที่พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานที่ต่างกันมีระดับความเหนื่อยหน่ายไม่ต่างกัน (กิตติ แสงเทียนฉาย. 2531: 55; มยุรี เกาลัดดา. 2536: 63)

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ซึ่งหมายถึง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล โดยตั้งสมมติฐานว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

4.2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย ที่สะท้อนให้เห็นถึงผลการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลด้อยลงในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การเรียนหนังสือ การทำงาน การขาดที่อยู่อาศัยการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการดำเนินชีวิตในสังคม (Kek N.; Mazumdar P.; Shields R. 2000) นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการสร้างครอบครัว การประสบผลสำเร็จในอาชีพ และการพัฒนาตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีพัฒนาการที่ไม่เท่าเทียมกับคนทั่วไปในสังคม ดังนั้น จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน (World Health Organization. 2001) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ชีวิตในระดับต่ำ ผู้ดูแลต้องให้ความเอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือเกือบทั้งหมด ตลอดเวลาจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี. 2531; วรช นธิกุล. 2535; มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. 2544) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลต้องทนอยู่ในสภาพการณ์ที่ตึงเครียด บีบคั้น เสี่ยงอันตรายเป็นระยะเวลายาวนาน มีความวิตกกังวล เหนื่อยล้า เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่างๆ ในทางลบ เช่น อาจเกิดการปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าตนมีปัญหา (denial) เกิดอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ หรือมีความคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไป หรือไม่ก็คอยเฝ้าดูผู้ป่วยตลอดเวลาว่าอาการจะกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี. 2531: 100) และจากการที่ผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่ท้อแท้ ซึมเศร้า และหมดหวังยอมทำให้ผู้ดูแลหมดความอดทนต่อสภาพการณ์ของการดูแล โดยแสดงออกมาในรูปแบบของการปฏิเสธการดูแลหรือขาดความกระตือรือร้น พยายามผลักดันให้โรงพยาบาล ทอดทิ้งผู้ป่วยหรือการแสดงอารมณ์รุนแรงต่อผู้ป่วย ในลักษณะต่างๆ ซึ่งแสดงถึงความเหนื่อยหน่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยหน่ายในระดับต่างๆ กันไปตามความรุนแรงของอาการ

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยตั้งสมมติฐานว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

4.2.3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างบุคคลกับบุคคล หรือบุคคลกับชุมชน การสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนองตอบความต้องการทางสังคมของบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต (ทิพย์สุดา จันท์แจ่มหล้า. 2544: 11) และยังช่วยป้องกันบุคคลจากผลของภาวะเครียด หรือความเหนื่อยหน่ายที่กำลังเผชิญอยู่ โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ให้หรือได้รับนั้น ต้องมีความเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ (Bloom. 1990: 635-637) เพราะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี

จะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง มีกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา หรือช่วยลดความรุนแรงของปัญหา นอกจากนี้ยังช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤติในชีวิต โดยจะช่วยลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤติได้ (Cohen; & Wills. 1985: 310 - 357) มีกำลังใจในการที่จะเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการป้องกัน และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแนวคิดตามที่กล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมมีผลช่วยให้ความเครียดทุเลาลง หรือช่วยลดความรุนแรงของผลที่เกิดจากภาวะเครียด เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์ และประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งคุกคามหรือไม่สามารถเผชิญปัญหานั้นได้ (ณัฐพงศ์ อนุวัตรบรรจง. 2540: 35 - 38)

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antonovsky. 1982: 189-190; Lazarus; & Folkman. 1984: 249 - 251) การได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมถึงครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ยามทุกข์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Lazarus; & Folkman. 1984: 249-251; Cohen; & Wills. 1985: 44-46)

ต่อมา แมซแลช (Maslach. 1986) ก็ได้กล่าวไว้เช่นกันว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่า ช่วยให้บุคคลสามารถสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นไม่สามารถสร้างเองได้ อันได้แก่ ข่าวสารใหม่ ๆ ทักษะความชำนาญ การเรียนรู้ การประคับประคองทางอารมณ์ และพบว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น จึงเป็นเสมือนเครื่องปิดกั้นความเครียด หรือมีผลในการดูดซับความเครียดออกไป (Cohen; & Wills. 1985: 310 - 313) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอึดใจ มีความผาสุกในชีวิต

นอกจากนี้ เซฟเฟอร์ และคณะ (1981) ได้อธิบายถึงประเภทของการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (ทีปประพิณ สุขเขียว. 2543; อ้างอิงจาก Schaefer; et al. 1981) คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการสนับสนุน ช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ
2. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว จากการทบทวนรายงานที่เกี่ยวข้องพบมีการศึกษา ของ พวงสร้อย วรกุล และคณะ (2007). ที่ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ดูแลจะได้รับความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของโรคจิตเภท วิธีจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การลดความรู้สึกทุกข์ของผู้ดูแล และการช่วยสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ ก่อนและหลังการอบรม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

ผู้ดูแลยังมีความเห็นว่า โครงการให้สุขภาพจิตศึกษามีความน่าสนใจและมีประโยชน์ ซึ่งกิจกรรมในลักษณะนี้เป็น การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน และการบริการ

นอกจากนี้ การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความเบื่อหน่าย ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน พบมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

ลารอคโค เฮาส์ และเฟรนช์ (Larocco, House; & French. 1980: 202-218) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ภาวะเครียดจากงาน และสุขภาพ ในบุคคลอาชีพต่างๆ 23 อาชีพ จำนวน 636 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และกลุ่มอาการทางกาย แต่ไม่มีผลในการลดภาวะเครียดจากงาน ในด้านความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติ ความเบื่อหน่ายในงาน และความไม่พึงพอใจในปริมาณงานที่มากเกินไป

สตับบี และรูค (Stubbs; & Rooks. 1985: 31-39) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในการทำงาน กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยจิตเวช ห้องผ่าตัด และ หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 276 คน วัดความเหนื่อยหน่ายด้วย Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS-HP) วัดความเครียดในการทำงานด้วย Nursing Stress Scale (NSS) และวัดแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีความเครียดในการทำงานน้อย และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานต่ำ

จิริบอกาและ ไบเลีย์ (Chiriboga; & Bailey. 1986: 84-91) ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 217 คน และพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม 315 คน พบว่า พยาบาลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ตรวจการ และเพื่อนร่วมงาน รับรู้ว่า ตนเป็นที่ต้องการของผู้ป่วย จะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานต่ำ และพยาบาลที่มีการปรับตัวต่อความเครียดไม่ได้ มีสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันสูง จะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูง

สรุป การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ที่จัดเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญ ในการช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ยามทุกข์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น จึงเป็นเสมือนเครื่องปิดกั้นความเครียด หรือมีผลในการดูดซับความเครียดออกไป ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอึดใจ มีความผาสุกในชีวิต ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การสนับสนุนด้าน ความรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมในสังคม การมีโอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น การส่งเสริมให้มีความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน ความเชื่อมั่นใจความเป็นมิตรที่ดี และการได้รับคำชี้แนะ หรือคำปลอบใจ

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสาเหตุ ที่มีความเกี่ยวข้องกับ การช่วยให้ผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยตั้งสมมติฐานว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหา และมีอิทธิพลทางอ้อม ต่อพฤติกรรมการดูแลผ่านกลวิธีจัดการกับปัญหา

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ บุคคลได้รับ พบมีนักวิชาการที่สร้างเครื่องมือการประเมินการสนับสนุนทางสังคม พอสรุปได้ ดังนี้ นอร์เบค และคณะ (1982) ได้สร้างเครื่องมือวัด ที่เรียกว่า Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เพื่อใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Norbeck et al.1982)

แบรนด์ท์ และ ไวเนอร์ท (1985) ได้สร้างเครื่องมือวัด ที่เรียกว่า Personal Resource Questionnaire (PRQ) ตามแนวคิดของ ไวสส์ (Weiss. 1974) โดยเนื้อหาในการประเมินแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การประเมินแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การประเมินการสนับสนุน ทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือแนะนำต่างๆ (Brandt; & Weinert. 1985; อ้างอิงจาก Weiss. 1974) แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งด้านความเที่ยงตรง ตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.89

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของเซฟเฟอร์ และคณะ (ที่ปีประพิณ สุขเขียว. 2543; อ้างอิงจาก Schaefer; et al.1981) ในการสร้างแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล จะประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่อไปนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการสนับสนุน ช่วยเหลือที่ทำให้บุคคล มีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ
2. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำที่ช่วยให้ บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน และการบริการ

แบบวัดนี้ผู้ดูแลจะเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภท มาตรฐานประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 5 จากคำตอบ “น้อยมาก” ถึง “มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 มาตรา (1-5)

4.2.4 สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย จัดเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ ความคิด และอารมณ์ พบมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการความผิดปกติ มักเริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์; และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542; มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์. 2548; National Research Council of Thailand. 2007: online) จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน เนื่องจากโรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตที่ทั่วโลกรู้จักกันดี บุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (World Health Organization. 2001)

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาการรักษาด้วยยาในขนาด และระยะเวลาที่เหมาะสม ร่วมกับการบำบัดทางด้านจิตสังคม รวมถึงการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Gale Encyclopedia of Medicine. 2002: online) ระยะเวลาการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ (มาโนช หล่อตระกูล; และปราโมทย์ สุขนิษฐ์. 2548: 131-132) ซึ่งเป้าหมายของการรักษาด้วยยาและวิธีการบำบัดอื่นๆ คือ เพื่อลดจำนวนครั้งและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการรักษาด้านจิตสังคม และป้องกันอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในซ้ำอีกด้วย

จากสภาพปัญหาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ “ผู้ดูแลหลัก” (primary caregiver) ต้องเผชิญอยู่ในสถานการณ์ของการดูแลโดยตรง เนื่องจากสภาพปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมการแยกตัว ซึมเฉย เคลื่อนไหวน้อย ไม่ใส่ใจต่อสิ่งสิ่งแวดล้อม ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ และขาดการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งผู้ดูแลได้ใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกขุทรมาน และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ เกิดอาการซึมเศร้าเมื่อการดูแลไม่บรรลุผลสำเร็จและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ (วราวรรณ ยศธรรมเสนี. 2537; อ้างอิงจาก Kane. 1984: 21) ขณะที่ผู้ดูแลบางรายก็จะทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนสุขภาพทรุดโทรม (นันทิกา ทวีชาชาติ; และคณะ. 2539) ปฏิกริยาเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงการที่ผู้ดูแลมีปฏิกริยาการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจต่อความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนานต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือความเครียดเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุในเวลาเดียวกัน ผู้ดูแลจะไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไปและต้องพบกับภาวะที่อ่อนล้า หหมดกำลังในการที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ไปในที่สุด (Selye. 1956) และผลจากการที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดจะมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง เกิดความท้อถอยหรือทำงานไม่สำเร็จตามกำหนดที่ตั้งไว้ และทำให้เกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน (พลุ เดชะรินทร์. 2536: 87-88)

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแล ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล โดยตั้งสมมติฐานว่า ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล และสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

สรุป จากการทบทวนแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการศึกษานี้ ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ความเหนื่อยหน่าย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย ที่อาจส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแล ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย บุคลิกภาพ ความเครียด กลวิธีจัดการกับปัญหา และปัจจัยสภาพแวดล้อม การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดการวิจัย และการสร้างแบบจำลองสมมติฐาน ตามที่อธิบายไว้ในบทที่ 1



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณเป็นหลัก และใช้วิธีการเชิงคุณภาพในการศึกษาข้อมูลแบบเจาะลึก จากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยอธิบายและตีความข้อค้นพบจากศึกษาด้วยวิธีการเชิงปริมาณ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การสัมภาษณ์เบื้องต้นเพื่อกำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
2. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การจัดกระทำข้อมูล
7. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การสัมภาษณ์เบื้องต้นเพื่อกำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ในการพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 6 คน เพื่อทำความเข้าใจในบริบททางด้านการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมถึงเพื่อให้สามารถกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม สำหรับประเด็นที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

ผลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ค่อนข้างมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ทำอยู่ในขณะนี้ ถือว่าเป็นหน้าที่ ผู้ดูแลมีความคิดว่า ถ้าไม่ดูแลผู้ป่วยก็จะมีใครดูแล ต้องช่วยเหลือกันไป ทั้งนี้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จัดว่า มีความเกี่ยวข้องกับ ความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจาก โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน การดูแลผู้ป่วยนับเป็นภาระที่หนักมาก ต้องดูแลติดต่อกันเป็นเวลานานหลายปี หรือจนกว่าจะตายจากกันไปข้างหนึ่ง บางครั้งก็รู้สึกเบื่อ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการของโรคที่เรื้อรัง ไม่หายขาด เป็นตั้งแต่อายุน้อย แต่ก็ไม่รู้ว่าเอาผู้ป่วยไปทิ้งไว้ที่ไหน ก็ต้องทนกันไป ช่วยเหลืองานในบ้านได้ไม่มากนัก และไม่สามารถทำงานมาจนเจ็ครอบคร้วได้ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้ดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งว่า

“ฉันดูแลมันมานานสามสิบกว่าปี ตั้งแต่มันเริ่มป่วย
ต้องหุงข้าว ทำกับข้าวให้มันกิน สารพัดอย่าง
ช่วยอะไรเราไม่ได้เลย ถ้าฆ่ามันทิ้งได้แล้วฉันไม่บาป
ฉันทำไปนานแล้ว”
“วันดี คืนดี มันก็มีอาการขึ้นมา ตาขวาง ไม่พูด
คว่ำอึตาบไล้ฟัน จนฉันต้องหนีกันกระเจิง
พวกชาวบ้านแถวนี้ เขาต้องมาช่วยกันจับไปโรงพยาบาล”

นอกจากนี้ยังพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องกับความคิดเห็น
และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ มีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า การดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยทำได้ไม่ค่อยดี ทั้งเรื่องการอาบน้ำ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร ต้องคอย
บอก คอยเตือนจึงจะทำ บางครั้งก็เชื่อ บางครั้งก็ไม่เชื่อ แถมถ้าเขาโมโห หงุดหงิดขึ้นมา เขาก็จะมา
ดุ เสียงดังและจะทำร้ายเราด้วย ถ้าเขาไม่เชื่อบางครั้งก็ต้องปล่อย เลยตามเลย ถ้ามีอาการขึ้นมา
ก็พามาหาหมอ แต่ถ้าเขาเชื่อฟังเรา เราก็สบายใจ อยู่ด้วยกันดี และพบว่าสภาวะการเจ็บป่วยด้วย
โรคจิตเภทของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย การมีอาการกำเริบ การ
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ก็มีความเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นด้วยเช่นกัน

จากผลการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเชื่อมโยงกับแนวคิดต่าง ๆ
ทางด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยา เพื่อพิจารณาถึงตัวแปรที่จะนำมากำหนดเป็นปัจจัยเชิงเหตุของความ
เห็น้อยหน้าและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ในครั้งนี้

2. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการ
ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่
จำกัดสถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ ในช่วงที่ทำการศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ

- ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2551 ถึง เดือน มีนาคม 2552
ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

จากการทบทวนสถิติ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2550 พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20,293 คน และในจำนวนนี้มีกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 596 คน ที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (งานแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์. 2550) ซึ่งการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สถิติกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษานำร่องผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ จำนวน 50 คน พบว่า มีจำนวนผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 ปีงบประมาณ 2550 มีผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทตามกลุ่มการวินิจฉัย F20-F29 ที่มารับบริการ จำนวน 20,293 คน (งานแผนงานและสารสนเทศ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์. 2550) คาดว่าญาติ/ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในปัจจุบัน มีจำนวน 6,087.9 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้สูตรยามาเน่ ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540: 71; อ้างอิงจาก Yamane. 1973) เนื่องจากมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า วิธีการคำนวณด้วยสูตรยามาเน่ ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับการวิจัยเชิงพรรณนา แต่ไม่เหมาะสมกับการวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการ)

e = ความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

แทนค่าสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{6,087.9}{1 + 6,087.9(0.05)^2} \\ &= 375.3 \end{aligned}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 375 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (1:5) จากทะเบียนผู้มารับบริการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์

แต่เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่ระบุว่า การวิจัยครั้งนี้จะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (causal structural models with latent variables) ซึ่งใช้วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์วิธีไลค์ลิสต์สูงสุด (Maximum likelihood = ML) จำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ นักสถิติส่วนใหญ่เห็นว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดต่ำกว่า 100 จะพบว่ามีโอกาสปฏิเสธสมมติฐานในการทดสอบไคสแควร์มาก เพราะค่าไคสแควร์มีแนวโน้มที่จะมีค่าสูง (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 54; อ้างอิงจาก Anderson; & Gerbing.1984: 155-173) รวมทั้งได้มีการเสนอข้อเสนอแนะต่างๆ ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการเสนอแนะว่าควรพิจารณาขนาดกลุ่มตัวอย่างควบคู่กับจำนวนพารามิเตอร์อิสระที่ต้องการประมาณค่า ถ้ามีจำนวนมากควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นด้วย (Bollen. 1989: 268) อัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างและจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรมีการนำเสนอทั้ง 20 ต่อ 1 (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 54 อ้างอิงจาก Lindeman; Merenda; & Gold. 1980: 163; Weiss. 1972) และ 10-20 ต่อตัวแปรในการศึกษาหนึ่งตัวแปร (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 311; อ้างอิงจาก Schumacker; & Lomax. 1996; Hair; et al. 1998) นอกจากนี้ คอมเรย์และลี (Comrey; & Lee. 1992) ได้นำเสนอแนวทางการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ คือกลุ่มตัวอย่างขนาด 50 หน่วย อยู่ในเกณฑ์ไม่ดีเลย (very poor) ขนาด 100 หน่วยอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี (poor) ขนาด 200 หน่วยอยู่ในเกณฑ์พอใช้ (fair) ขนาด 300 หน่วยอยู่ในเกณฑ์ดี (good) ขนาด 500 หน่วยอยู่ในเกณฑ์ดีมาก (very good) และขนาด 1,000 หน่วยอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม (excellent) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 375คน เมื่อเทียบตามเกณฑ์ที่กล่าวมานับว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้อยู่ในเกณฑ์ดี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา รวมทั้งแบบวัดที่มีนักวิชาการต่างๆ ได้ทำการศึกษาไว้ ผู้วิจัยได้นำมาปรับข้อความ และมีการสร้างข้อคำถามขึ้นใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษา โดยผู้วิจัยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบวัดลักษณะทางชีวสังคมของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะให้เติมคำตอบลงในช่องว่าง และแบบให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล แหล่งที่ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และสถานะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย (ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย) (ภาคผนวก ก)

เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบข้อที่มีข้อความทางบวก

ไม่เลย	=	1	คะแนน
เล็กน้อย	=	2	คะแนน
ปานกลาง	=	3	คะแนน
มาก	=	4	คะแนน
มากที่สุด	=	5	คะแนน

คะแนนจากการประเมินความเครียดของผู้ดูแล จะแบ่งออกเป็นระดับ ดังนี้

1 – 24	คะแนน	หมายถึง มีความเครียดต่ำ
25 – 42	คะแนน	หมายถึง มีความเครียดปานกลาง
43 – 61	คะแนน	หมายถึง มีความเครียดสูง
ตั้งแต่ 62	คะแนนขึ้นไป	หมายถึง มีความเครียดรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบวัดกลวิธีการจัดการกับปัญหา ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น ตามที่ ฟรายเดนเบอร์กและลูอิส (Frydenberg; & Luwis. 1990) ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งนำมาแปลเป็น ภาษาไทยและปรับปรุงโดย วิภา มิ่งเมือง (วิภา มิ่งเมือง. 2540) ใช้วัดกลวิธีการเผชิญปัญหาของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในการศึกษานี้ แบบวัดนี้ผู้ดูแลจะเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 54 ข้อ (ภาคผนวก ก) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง มาจัดการกับ ปัญหาหรือความเครียดนั้นๆ ประกอบด้วยวิธีการต่างๆ ในการจัดการปัญหา 7 ด้านย่อย และมีข้อ คำถาม จำนวน 21 ข้อ ดังนี้

1.1 ด้านการแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย (Seek Relaxing Diversion) เป็นการแสดงถึงการกระทำต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความเครียด จากปัญหา ต่าง ๆ โดยเป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย และไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่เป็นการออกกำลัง กายหรือการเล่นกีฬา ประกอบด้วยข้อย่อย 2 ข้อ คือ ข้อที่ 49 และ ข้อที่ 54

1.2 ด้านการทำงานและสัมฤทธิ์ผล (Work and Achieve) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหา ของผู้ดูแล ที่แสดงให้เห็นถึงความพยายาม มานะบากบั่นในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วยข้อย่อย 4 ข้อ คือ ข้อที่ 2 ข้อที่ 17 ข้อที่ 29 ข้อที่ 39

1.3 ด้านการแก้ปัญหา (Solving the Problem) เป็นวิธีการคิด ทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุเพื่อหาวิธีแก้ปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหาไปตามขั้นตอน ประกอบด้วยข้อย่อย 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1 ข้อที่ 13 ข้อที่ 21 ข้อที่ 28 ข้อที่ 52

1.4 ด้านการผ่อนคลายทางด้านร่างกาย (Physical Recreation) เป็นการกระทำที่ มุ่งเน้นให้ร่างกายได้รับความผ่อนคลายและมีสุขภาพที่แข็งแรงด้วยการเล่นกีฬา หรือออกกำลังกาย ประกอบด้วยข้อย่อย 2 ข้อ คือ ข้อที่ 15 และ ข้อที่ 23

1.5 ด้านการคบหาเพื่อนสนิท (Investing the Closed Friend) เป็นวิธีการสร้างสายสัมพันธ์ที่ดี หรือสร้างความสนิทสนมกับเพื่อน ๆ ได้พบปะเพื่อน ประกอบด้วยข้อย่อย 2 ข้อ คือ ข้อที่ 8 และ ข้อที่ 51

1.6 ด้านการมองโลกในแง่บวก (Focus on Positive) เป็นวิธีการมองสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ๆ ไปในทางที่ดี ประกอบด้วยข้อย่อย 2 ข้อ คือ ข้อที่ 30 และ ข้อที่ 41

1.7 ด้านการแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Seek to Belong) เป็นการกระทำด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองได้รับการยอมรับ หรือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มประกอบด้วยข้อย่อย 4 ข้อ คือ ข้อที่ 5 ข้อที่ 22 ข้อที่ 25 ข้อที่ 32

2. การจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เป็นการแสดงให้เห็นถึงวิธีการที่ผู้ดูแลได้แสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ หรือจากคนรอบข้าง มาช่วยแก้ปัญหาของตนเอง ประกอบด้วยวิธีการต่างๆ ในการจัดการปัญหา 4 ด้านย่อย และมีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ดังนี้

2.1 ด้านแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นวิธีจัดการกับปัญหา โดยอาศัยแหล่งช่วยเหลือ สนับสนุนจากคนที่อยู่รอบข้าง เช่น บิดา มารดา พี่น้อง ลุง ป้า น้า อา เพื่อน ฯลฯ ประกอบด้วยข้อย่อย 2 ข้อ คือ ข้อที่ 38 และ ข้อที่ 46

2.2 ด้านการแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตศรัทธา (Seeking Spiritual Support) เป็นวิธีจัดการกับปัญหา โดยการอาศัยความเชื่อ ความศรัทธาที่มีต่อศาสนา หรือสิ่งที่ผู้ดูแลใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาช่วยลดความกดดันทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกมีความมั่นคงทางจิตใจ ประกอบด้วยข้อย่อย 2 ข้อ คือ ข้อที่ 14 และ ข้อที่ 31

2.3 ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Seeking Professional Health) เป็นวิธีจัดการกับปัญหาที่มุ่งจัดการกับสาเหตุของปัญหา ด้วยการขอความช่วยเหลือ สนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ประกอบด้วยข้อย่อย 3 ข้อ คือ ข้อที่ 3 ข้อที่ 40 ข้อที่ 47

2.4 ด้านการรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา (Social Action) เป็นวิธีจัดการกับปัญหาด้วยการหาพวก หรือรวมกลุ่มร่วมมือกันจัดการกับปัญหาโดยที่ตนเองไม่ได้จัดการเพียงลำพังประกอบด้วยข้อย่อย 2 ข้อ คือ ข้อที่ 26 และ ข้อที่ 34

3. การจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นวิธีจัดการกับปัญหาที่แสดงถึงความไม่สามารถในการเผชิญปัญหา หลีกเลี่ยงปัญหาหรือสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น หรือใช้วิธีการจัดการปัญหาที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ดูแล และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนเองด้วย ประกอบด้วยวิธีการต่างๆ ในการจัดการปัญหา 7 ด้านย่อย และมีข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ ดังนี้

3.1 ด้านการสร้างความหวังต่อปัญหาหรือสถานการณ์ (Wishful Thinking) เป็นวิธีจัดการกับปัญหาด้วยการใช้ความคิดที่แสดงถึงความปรารถนาหรือความหวังในทางบวก ที่จะให้ปัญหาหรือความทุกข์คลี่คลายลง แต่ไม่ได้แสดงถึงการกระทำที่จะให้เกิดผลตามที่คิดหวัง ประกอบด้วยข้อย่อย 4 ข้อ คือ ข้อที่ 10 ข้อที่ 19 ข้อที่ 27 ข้อที่ 35

3.2 ด้านการใช้วิธีเก็บปัญหาไว้คนเดียว (Keep to Self) เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลเก็บเอาความคิด ความรู้สึกทุกข์ ความรู้สึกกดดันต่างๆ ไว้กับตนเอง แยกตัว หลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้อื่น ประกอบด้วยข้อย่อย 3 ข้อ คือ ข้อที่ 11 ข้อที่ 20 ข้อที่ 36

3.3 ด้านการตำหนิตนเอง (Self Blame) การจัดการกับปัญหาในลักษณะนี้ ผู้ดูแลจะใช้การตำหนิ หรือโทษตนเอง คิดว่าตนเองเป็นผู้ที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ประกอบด้วยข้อย่อย 2 ข้อ คือ ข้อที่ 33 ข้อที่ 45

3.4 ด้านการมีความกังวล (Worry) เป็นการลดความเครียด ด้วยการคิดกังวลถึงปัญหาที่เกิดขึ้นหรือคิดว่ากำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตเพียงอย่างเดียว โดยไม่แสดงถึงวิธีการปฏิบัติที่จะทำ ให้ปัญหาคลี่คลายลง ประกอบด้วยข้อย่อย 5 ข้อ คือ ข้อที่ 4 ข้อที่ 16 ข้อที่ 24 ข้อที่ 43 ข้อที่ 48

3.5 ด้านการไม่รับรู้ปัญหา (Ignore the Problem) เป็นการใช้วิธีการหลีกเลี่ยงไม่รับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะให้ความเครียดลดลง ประกอบด้วยข้อย่อย 3 ข้อ คือ ข้อที่ 12 ข้อที่ 37 ข้อที่ 44

3.6 ด้านการไม่เผชิญปัญหา (Not Coping) เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น และการใช้วิธีการนี้มีแนวโน้มที่จะที่พัฒนาไปสู่การเกิดอาการของโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจได้ ประกอบด้วยข้อย่อย 4 ข้อ คือ ข้อที่ 6 ข้อที่ 7 ข้อที่ 18 ข้อที่ 42

3.7 ด้านการลดความตึงเครียด (Tension Reduction) เป็นการใช้วิธีการต่าง ๆ ที่จะให้ความตึงเครียด หรือปัญหาที่เกิดขึ้นลดลง แต่เป็นวิธีการที่ก่อให้เกิดโทษต่อสุขภาพร่างกาย ประกอบด้วยข้อย่อย 3 ข้อ คือ ข้อที่ 9 ข้อที่ 50 ข้อที่ 53

แบบวัดกลวิธีการจัดการกับปัญหา เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ตั้งแต่ “ไม่เคย” “เล็กน้อย” “ปานกลาง” “มาก” ผู้ตอบจะได้คะแนน 1 ถึง 4 คะแนน จากคำตอบ ไม่เคย ถึง มาก โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนกลวิธีการจัดการปัญหา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 มาตรา (1 – 4)

ตัวอย่าง

ข้อคำถามแบบวัดกลวิธีจัดการกับปัญหา

เมื่อประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ฉันมักจะ.....

(1) จัดการแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา

คำตอบ

.....
 ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก

เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบ

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหาเลย	= 1	คะแนน
เล็กน้อย	หมายถึง	ใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหาล็กน้อย	= 2	คะแนน
ปานกลาง	หมายถึง	ใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหปานกลาง	= 3	คะแนน
มาก	หมายถึง	ใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหามาก	= 4	คะแนน

การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน ทำโดยการพิจารณาจากเกณฑ์ค่ากลาง (Mid Point) ของคะแนนรวมในแต่ละด้าน ดังนี้

คะแนนรวมการจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองมาจัดการกับปัญหาหรือความเครียดนั้นๆ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 21 - 84 คะแนน ค่ากลางคือ 52.5

คะแนนรวมการจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 9 - 36 คะแนน ค่ากลางคือ 22.5

คะแนนรวมด้านการจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 24 - 96 คะแนน ค่ากลางคือ 60

ดังนั้นผู้ดูแลที่ได้คะแนนจากการวัดพฤติกรรมการจัดการกับปัญหา สูงกว่าค่ากลางของแต่ละด้าน แสดงว่า ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะใช้กลวิธีการจัดการกับปัญหาด้านนั้นมาก และถ้าคะแนนที่ได้ต่ำกว่าค่ากลางของแต่ละด้าน แสดงว่า ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะให้กลวิธีการจัดการกับปัญหาด้านนั้นน้อย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการศึกษา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของ มยุรี กลั้ววงษ์ (2551) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา แบบวัดนี้ ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด ด้านการออกกำลังกายและทักษะการดำรงชีวิต แบบประเมินนี้เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ตั้งแต่ “ไม่ปฏิบัติเลย หรือ ปฏิบัติเองไม่ได้เลย” “ปฏิบัติได้เป็นบางส่วน” “ปฏิบัติได้เองเมื่อได้รับคำแนะนำ” ผลการประเมินจะได้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน จากคำตอบ ไม่ปฏิบัติเลย ถึง ปฏิบัติได้เองเมื่อได้รับคำแนะนำ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 มาตรา (1 – 3) (ภาคผนวก ก)

ตัวอย่าง

ข้อคำถามแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

(0) อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่วันละ 2 ครั้ง

คำตอบ

- | | | |
|---|-----------------------|---------------------------------|
| | | |
| ไม่ปฏิบัติเลย | ปฏิบัติได้เป็นบางส่วน | ปฏิบัติได้เองเมื่อได้รับคำแนะนำ |
| เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบ | | |
| 1 = ไม่ปฏิบัติเลย หรือปฏิบัติเองไม่ได้เลย | | |
| 2 = ปฏิบัติได้เป็นบางส่วน | | |
| 3 = ปฏิบัติได้เองเมื่อได้รับคำแนะนำ | | |

เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบ

น้อยมาก	=	1	คะแนน
น้อย	=	2	คะแนน
ปานกลาง	=	3	คะแนน
มาก	=	4	คะแนน
มากที่สุด	=	5	คะแนน

ผู้ดูแลที่ได้คะแนนจากการวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มากกว่า แสดงว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้คะแนนน้อยกว่า

ส่วนที่ 7 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย ในการศึกษาที่ใช้เครื่องมือวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Christina Maslach; & Susan E. Jackson (1986) และได้รับการนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย สิริยา สัมมาวาท (2532) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการศึกษา แบบวัดนี้มีข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยมิติในการวัด 3 ด้าน คือ

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion)

ด้านการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น (depersonalization)

ด้านการไม่สมหวังในความสำเร็จของตน (personal accomplishment) แบบวัด

ความเหนื่อยหน่ายเป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 0 ถึง 6 จากคำตอบ “ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย” ถึง “มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วัน” โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 มาตรา (0 – 6) (ภาคผนวก ก)

ตัวอย่าง

ข้อคำถามแบบวัดความเหนื่อยหน่าย

(00) การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทำให้ข้าพเจ้ามีจิตใจห่อเหี่ยว

คำตอบ

.....

ไม่เลย	น้อยมาก	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด
--------	---------	------	--------------	-------------	-----	-----------

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่เลย	=	0	คะแนน
น้อยมาก	=	1	คะแนน
น้อย	=	2	คะแนน
ค่อนข้างน้อย	=	3	คะแนน
ค่อนข้างมาก	=	4	คะแนน
มาก	=	5	คะแนน
มากที่สุด	=	6	คะแนน

การแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านจะแบ่งเป็น ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และ ระดับสูง ตามเกณฑ์การกำหนดคะแนน ดังนี้

ความเหนื่อยหน่ายรายด้าน	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0 – 16 คะแนน	17 – 26 คะแนน	27 คะแนนขึ้นไป
การมองข้ามคุณค่าความเป็นคน ของผู้อื่น	0 – 6 คะแนน	7 – 12 คะแนน	13 คะแนนขึ้นไป
ความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จ ของตน	39 คะแนนขึ้นไป	32 -38 คะแนน	0 – 31 คะแนน

การวัดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวัดความเหนื่อยหน่ายของแมสแลชและแจ๊คสัน (1986) (Maslach Burnout Inventory : MBI) แปลโดย สิริยา สัมมาวาจ (2532) เพื่อใช้ในการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษาแบบวัดนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบ เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประเมิณรวมค่า (Summated Rating Scale) เมื่อเป็นข้อความในมิติ ด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 0 ถึง 6 จากคำตอบ “ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย” ถึง “มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วัน” แต่ถ้าเป็นข้อความในมิติด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน ผู้ตอบจะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 มาตรา (0-6) คะแนนจากการวัดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล จะแบ่งออกเป็นระดับตามเกณฑ์การคิดคะแนนของแมสแลช และ แจ๊คสัน (1986) ดังนี้

มิติความเหนื่อยหน่าย	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0 - 16 คะแนน	17 – 26 คะแนน	27 คะแนนขึ้นไป
การมองข้ามคุณค่าความ เป็นคนของผู้อื่น	0 – 6 คะแนน	7 – 12 คะแนน	13 คะแนนขึ้นไป
ความไม่สมหวังใน ผลสำเร็จของตน	39 คะแนนขึ้นไป	32 – 38 คะแนน	0 – 31 คะแนน

ส่วนที่ 8 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้ปรับแบบวัดพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ตามที่ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ได้สร้างขึ้น จากแนวคิดการ ดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson. 1985) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ผู้ดูแล 10 ด้าน คือ การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้กำลังใจและให้ความหวัง การ สังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันที่ การมีสัมพันธภาพที่ สม่่าเสมอและจริงใจ การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย การจัดหรือ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และ การช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราประเมิน รวมค่า (Summated Rating Scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 4 จากคำตอบ “ไม่เคย” ถึง “เป็นประจำ” โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 มาตรา (1 – 4) (ภาคผนวก ก)

ตัวอย่าง

ข้อคำถามแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

(01) ท่านให้อภัยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

คำตอบ

.....

ไม่ เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่ เคย	=	1	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	=	2	คะแนน
บ่อยครั้ง	=	3	คะแนน
เป็นประจำ	=	4	คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ใช้ค่าร้อยละของคะแนนเต็ม แต่ละด้าน ทั้ง 10 ด้าน

คะแนนที่ต่ำกว่าร้อยละ 60	หมายถึง	ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับน้อย
คะแนนร้อยละ 60 – 80	หมายถึง	ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับปานกลาง
คะแนนที่มากกว่าร้อยละ 80	หมายถึง	ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับมาก

นำแบบสอบถามทั้งหมด ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 การหาความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ด้วยวิธีการต่อไปนี้

4.1.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดที่เป็นเครื่องมือมาตรฐาน (แบบทดสอบบุคลิกภาพ Maudsley Personality Inventory : MPI แบบวัดความเครียด แบบวัดกลวิธีการจัดการกับปัญหา แบบวัดความเหนื่อยหน่าย) แบบสอบถามที่นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของการศึกษานี้ (แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย) ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาในขั้นแรก จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาปรับใช้ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ภาคผนวก ข) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างดีด้านเนื้อหา ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ พร้อมกับให้คะแนน และนำมาหาค่าความสอดคล้อง (IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ไว้ (อรพินทร์ ชูชม. 2545: 340) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้องต่ำกว่า 0.5 จะนำมาพิจารณาว่าควรตัดข้อคำถามนั้นออกไป หรือทำการปรับปรุงข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป

4.1.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย (รายละเอียดผลการวิเคราะห์อยู่ในภาคผนวก ค.) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ซึ่งได้ใช้กับแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกัน รายละเอียดผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 4

4.2 การหาค่าความเชื่อมั่น

4.2.1 การวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item analysis) เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามนั้นๆ (Item-total correlation) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคะแนนรวมเป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ .30 ขึ้นไป (Aiken. 2003: 66-67) ไปใช้ในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริง

4.2.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Aiken. 2003: 87-89; citing Cronbach. 1951)

การวิเคราะห์ข้อความถามรายข้อ และการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบแต่ละชุด สรุปไว้ใน ภาคผนวก (ภาคผนวก ค)

4.3 ปรับปรุงแบบสอบถามจากฉบับทดลอง มาเป็นแบบสอบถามฉบับที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง จากนั้นได้นำเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโทเมื่อได้รับความเห็นชอบจึงได้ดำเนินการจัดพิมพ์และนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

5.1 นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลงานวิจัย

5.2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปดำเนินการเก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีวิธีการดังนี้

- สํารวจรายชื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีญาติพามารับการรักษาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกจากแผนกเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

- ประชุมทำความเข้าใจกับทีมผู้ช่วยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ และรายละเอียดเกี่ยวกับแบบประเมิน ให้เข้าใจถูกต้อง ตรงกัน

- คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

- อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเป็นตัวอย่าง พร้อมทั้งตกลงบริการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้ดูแลอย่างแน่นอน

- เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งการบันทึกคำตอบลงในแบบประเมิน

5.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามทุกฉบับ

6. การจัดการกระทำข้อมูล

การจัดการกระทำข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

6.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบของเครื่องมือในแต่ละชุด โดยคัดเลือกข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์มาใช้ในการวิเคราะห์

6.2 ตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับเครื่องมือการวิจัยแต่ละชุด

6.3 นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (SPSS/PC for Windows version 11.00) ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงความถี่ ค่าความแปรปรวน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่า Tolerance ค่า Variance Inflation Factor (VIF) และค่าสถิติในการหาคุณภาพเครื่องมือ

7.2 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

ในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลว่า ข้อมูลต้องมีการแจกแจงแบบโค้งปกตินั้น ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงตัวแปรโดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง

นอกจากนี้ยังได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่าตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ต้องไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC for Windows version 11) โดยการใช้สถิติสหสัมพันธ์ และพิจารณาว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงต้องไม่เกิน .85 (Kline. 2005: 56) จึงจะสรุปว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเกิดขึ้น

7.3 การวิเคราะห์องค์ประกอบ

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม LISREL Version 8.72 ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและองค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดตัวแปรแฝงที่มีตัวแปรสังเกตมากกว่า 3 ตัวแปร (Bollen. 1989: 244) โดยในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ตัวแปร คือ ตัวแปรพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (Structural equation models for latent variable) เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

โดยในการวิเคราะห์และตรวจสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝงเพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. การกำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the model) ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาว่าตัวแปรสาเหตุตัวใดบ้างที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลประกอบด้วยตัวแปรสังเกตและตัวแปรแฝง โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองว่าความสัมพันธ์ของแบบจำลองทั้งหมดเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear) เป็นความสัมพันธ์เชิงบวก (Additive) และเป็นความสัมพันธ์ทางเดียว (Recursive model) ระหว่างตัวแปรภายนอก (Exogenous Variables) และตัวแปรภายใน (Endogenous Variables)

2. การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของแบบจำลอง (Identification of the model) ผู้วิจัยใช้เงื่อนไขไขกฎที่ (t - rule) นั่นคือ จำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่าจะต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกฎที่ กล่าวไว้ว่า แบบจำลองจะระบุค่าได้พอดีเมื่อ $t \leq \frac{1}{2} (q+p) (q+p+1)$ และใช้กฎความสัมพันธ์ทางเดียว (Reclusive rule) (Bollen. 1989: 103-104)

3. การประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter estimation from the model) ผู้วิจัยใช้การประมาณค่าโดยวิธี ML (Maximum Likelihood) ซึ่งเป็นวิธีที่แพร่หลายที่สุด เนื่องจากมีความคงเส้นคงวา มีประสิทธิภาพและเป็นอิสระจากมาตรวัด (Bollen. 1989: 107-108)

4. การตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง (Goodness-of-fit measures) เพื่อศึกษาภาพรวมของแบบจำลองว่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด ซึ่งผู้วิจัยใช้ค่าสถิติในการตรวจสอบดังนี้ (Diamantopoulos; & Siguaaw. 2000: 82-88; Kelloway. 1998: 27-28)

4.1 ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square statistics : χ^2) เป็นค่าสถิติทดสอบที่ใช้ทดสอบสมมติฐานทางสถิติว่าฟังก์ชันความสอดคล้องมีค่าเป็นศูนย์ ถ้าผลการทดสอบค่าสถิติไค-สแควร์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติตามระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.2 ค่า RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความไม่สอดคล้องของแบบจำลองที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร โดยค่า RMSEA ที่มีค่าต่ำกว่า 0.10 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องในระดับดี (Good fit) ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.05 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องในระดับดีมาก (Very good fit) ถ้ามีค่าต่ำกว่า 0.01 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องในระดับดีเยี่ยม (Outstanding fit) และถ้าค่า RMSEA มีค่าเท่ากับ 0 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องอย่างแท้จริง (Exact fit) (Hair & et al. 1995: 662)

4.3 ค่า SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) เป็นค่าเฉลี่ยของเศษที่เหลือจากการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างกับค่าที่ประมาณจากค่าพารามิเตอร์ ซึ่งถ้าค่า SRMR มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.4 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness-of-Fit Index : GFI) ซึ่งเป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากแบบจำลองก่อนและหลังปรับแบบจำลองกับฟังก์ชันความสอดคล้องก่อนปรับแบบจำลอง ค่า GFI มีค่ามากกว่า .90 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.5 ดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adapted Goodness-of-Fit Index : AGFI) ซึ่งนำ GFI มาปรับแก้และคำนึงถึงขนาดตัวแปรและกลุ่มตัวอย่าง ถ้าค่า AGFI มากกว่า .90 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.6 ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤต (Critical N: CN) เป็นค่าขนาดตัวอย่างที่ใช้ค่าไค-สแควร์ทดสอบข้อมูล ค่า CN สูงกว่าหรือเท่ากับ 200 ของกลุ่มตัวอย่างจะมีแนวโน้มว่าค่าไค-สแควร์จะไม่มีนัยสำคัญ นั่นคือ ข้อมูลแบบจำลองที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Bollen. 1989: 277-288)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์ในการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สรุปได้ตามตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 สรุปเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้อง

ดัชนี	ระดับการยอมรับ
ค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2)	χ^2 ไม่มีนัยสำคัญหรือค่า P-value สูงกว่า .05
ค่า RMSEA	มีค่าน้อยกว่า .05
ค่า SRMR	มีค่าน้อยกว่า .05
ค่า GFI	มีค่าตั้งแต่ .90 ขึ้นไป
ค่า AGFI	มีค่าตั้งแต่ .90 ขึ้นไป
ค่า CN	มีค่ามากกว่า 200

ดัชนีเหล่านี้ใช้ในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลทั้งก่อนการปรับและหลังการปรับโมเดล (Kline. 2005: 133- 145; Bollen. 1989: 276 – 281)

4.7 การตรวจสอบผลลัพธ์ในแต่ละส่วน ภายหลังจากการประเมินความสอดคล้องของโมเดลหรือแบบจำลอง

ภายหลังจากการประเมินความสอดคล้องของแบบจำลองแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบผลลัพธ์ในแต่ละส่วนด้านความถูกต้องและการอธิบายได้อย่างสมเหตุสมผลหรือไม่ โดยพิจารณาใน 2 ส่วนคือ

4.7.1 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard errors) โดยความคลาดเคลื่อนมาตรฐานควรมีขนาดเล็ก โดยพิจารณาว่าค่าประมาณพารามิเตอร์มีนัยสำคัญหรือไม่ หากมีนัยสำคัญแสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีขนาดเล็ก หากค่าประมาณค่าพารามิเตอร์ไม่มีนัยสำคัญแสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีขนาดใหญ่บ่งบอกว่าแบบจำลองยังไม่ดีพอ (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 53)

4.7.2 สหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสอง (Squared multiple correlation : R^2) หรือค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรสังเกต จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 หากมีค่าสูงแสดงว่า แบบจำลองมีความเที่ยงตรง แต่ถ้ามีค่าน้อย แสดงว่าแบบจำลองนั้นมีความเที่ยงตรงน้อยและยังไม่มีประสิทธิภาพ (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2542: 59)

5. การปรับแบบจำลอง (Model adjustment)

การปรับแบบจำลองหรือโมเดล กระทำเมื่อแบบจำลองเริ่มต้น หรือรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เริ่มต้นไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งนี้การปรับจะใช้วิธีเพิ่มการประมาณค่าพารามิเตอร์บางตัวและดูว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องมากขึ้นหรือไม่ ทั้งนี้จะดูจากค่า Modification Indices ที่ได้จากโปรแกรม LISREL นอกจากนี้ยังใช้วิธีการเลือกค่าพารามิเตอร์ที่สมควรตัดจากแบบจำลอง เช่น ค่าที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้ในการใช้วิธีการทั้งสอง ผู้วิจัยจะคำนึงถึงความสมเหตุสมผลที่มีหลักฐานทางทฤษฎีและงานวิจัยในการพิจารณาความเป็นไปได้ในการตัดหรือเพิ่ม ว่ามีผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย รวมทั้งพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสอง (Squared multiple correlation) ให้มีความเหมาะสม ตลอดจนพิจารณาค่าความสอดคล้องรวม (Overall fit) ของแบบจำลองว่าโดยภาพรวมแล้วแบบจำลองสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด และได้หยุดปรับแบบจำลอง เมื่อไม่พบคำแนะนำของโปรแกรมเกี่ยวกับค่าสูงสุดของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Largest Negative/Positive Standardized Residuals)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร
 - 2.1 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร
 - 2.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
- ตอนที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
- ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตาราง 2 สัญลักษณ์แทนตัวแปร

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	แทน
1. ตัวแปรภายนอก (exogenous variables)		
1.1 ตัวแปรภายในบุคคลของผู้ดูแล		
Lper	บุคลิกภาพ	
EI	มิติเชิงพฤติกรรมการแสดงออกของบุคลิกภาพ (แสดงออก-เก็บตัว)	
NS	มิติเชิงสภาวะอารมณ์ของบุคลิกภาพ (หัวนี้ไหว-มั่นคง)	
Lstr	ความเครียด	
Lcop	กลวิธีจัดการกับปัญหา	
PROBFOC	การจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง	
SUPPFOC	การจัดการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ	
AVOID	การจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา	

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	แทน
1.2 ตัวแปรสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท		
Lcar		ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย
Lself		ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
	HYG	การดูแลตนเองด้านสุขอนามัย
	REL	การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
	LIFESK	การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ
	MEAL	การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร น้ำและการพักผ่อนนอนหลับ
	RESTR	การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด
	MED	การดูแลตนเองด้านการรับประทายยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา
Lsoc		การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
	SUPEMO	การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์
	SUPINF	การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
	SUPOBJ	การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน
Lhealth		สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย
	ILLRANGE	ระยะเวลาการเจ็บป่วย
	EPISODE	การมีอาการกำเริบ
	ADM	การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแบบผู้ป่วยใน
1. ตัวแปรภายใน (endogenous variables)		
Lbur		ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล
	EXAUST	ความรู้สึกล้าทางอารมณ์
	DEPER	การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น
	ACCOMP	ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน
Lbeh		พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
	SYMP	การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย
	ENC	การให้กำลังใจและให้ความหวัง
	OBS	การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
	THER	การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงจัง
	ACCP	การยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย
	SOLV	การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล
	SUG	การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย
	ENV	การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
	RES	การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต
	PERC	การช่วยให้เกิดความเข้าใจในชีวิต

ตาราง 3 สัญลักษณ์แทนค่าสถิติ

สัญลักษณ์	แทน
M	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)
R ²	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง (Squared multiple correlation)
χ^2	ค่าสถิติไค - สแควร์ (Chi - square)
GFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index)
AGFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index)
RMSEA	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root Mean Square Error of Approximation)
SRMR	ค่าเฉลี่ยของเศษที่เหลือจากการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างกับค่าที่ประมาณจากค่าพารามิเตอร์ (Standard Root Mean Square Residual)
CN	ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลด้านลักษณะทางชีวสังคม และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม และ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย (n = 375 คน)

ลักษณะทางชีวสังคม และ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	143	38.1
หญิง	232	61.9
อายุ (Min - Max : 18 - 80)		
15 ปี - 30 ปี	25	6.7
มากกว่า 30 ปี - 40 ปี	67	17.9
มากกว่า 40 ปี - 50 ปี	85	22.7
มากกว่า 50 ปี - 60 ปี	111	29.6
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	87	23.2

ตาราง 4 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม และ ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	36	9.6
คู่	293	78.1
หม้าย	25	6.7
หย่า/แยก	21	5.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	20	5.3
ประถมศึกษา	228	60.8
มัธยมศึกษา	76	20.3
ปวช./อนุปริญญา	11	2.9
ปวส./ปริญญาตรี	31	8.3
สูงกว่าปริญญาตรี	9	2.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	38	10.1
ทำนา ทำสวน ทำไร่	158	42.1
รับจ้าง/ลูกจ้างบริษัทเอกชน	88	23.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	63	16.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บำนาญ	28	7.5
รายได้ของผู้ดูแล/เดือน		
ไม่มีรายได้	24	6.4
น้อยกว่า 5,000 บาท	174	46.4
5,000 บาท – 10,000 บาท	111	29.6
10,001 บาท – 15,000 บาท	35	9.3
15,001 บาท – 20,000 บาท	8	2.1
20,001 บาท – 25,000 บาท	7	1.9
25,001 บาท – 30,000 บาท	4	1.1
มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป	12	3.2

ตาราง 4 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม และ ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
6 เดือน – 12 เดือน	29	7.7
มากกว่า 1 ปี – 5 ปี	127	33.9
มากกว่า 5 ปี – 10 ปี	110	29.3
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	109	29.1
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา มารดา	134	35.7
บุตร ธิดา	86	22.9
สามี ภรรยา	63	16.8
พี่ น้อง	83	22.1
ลุง ป้า น้า อา	9	2.4
ระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย ที่ให้การดูแล		
มาก	43	11.5
ปานกลาง	176	46.9
น้อย	156	41.6
แหล่งที่ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ ขณะที่พาผู้ป่วยไปรับบริการ	324	62.0
ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	35	6.7
การได้เข้ากลุ่มผู้ดูแลที่ทางโรงพยาบาล จัดให้เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	21	4.0
เอกสาร/หนังสือ/แผ่นพับ/สื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	97	18.5
จากผู้ดูแลคนอื่น ๆ	27	5.2
อื่น ๆ	10	1.9
ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเลย	9	1.7

ตาราง 4 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม และ ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
สภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท		
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท		
- ตั้งแต่เริ่มมีอาการ - 2 ปี	35	9.3
- มากกว่า 2 ปี - 5 ปี	52	13.9
- มากกว่า 5 ปี - 10 ปี	107	28.5
- มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	181	48.3
จำนวนครั้งที่มีอาการกำเริบ		
- ไม่เกิน 2 ครั้ง	132	35.2
- มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	243	64.8
(Min - Max : 1 ครั้ง - 11 ครั้ง)		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน		
- ไม่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน	189	50.4
- เคย	186	49.6
ไม่เกิน 2 ครั้ง	163	87.6
มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป	23	12.4
(Min - Max : 0 ครั้ง - 8 ครั้ง)		

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลหลักที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.9 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 38.1 มีอายุน้อยที่สุด - มากที่สุด = 18 - 80 ปี โดยผู้ดูแลที่มีช่วงอายุระหว่าง 50 - 60 ปี พบมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.6 รองลงมา อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 23.2 อายุมากกว่า 40 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.6 ผู้ดูแลส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 78.1 สถานภาพ โสด หม้าย หย่าแยก คิดเป็นร้อยละรวม 21.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.8 มีอาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 42.1 รองลงมา อาชีพ รับจ้าง / ลูกจ้างบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 23.5 ผู้ดูแลส่วนมากมีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน ตั้งแต่ 5,000 บาท - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.6

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา มากกว่า 1 ปี – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.9 ดูแลมากกว่า 5 ปี – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.3 ดูแลมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.1 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นบิดา มารดา พบมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.7 รองลงมา คือ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุตร ธิดา คิดเป็นร้อยละ 22.9 ความสัมพันธ์ในฐานะเป็นพี่ น้อง คิดเป็นร้อยละ 22.1 ความสัมพันธ์ในฐานะ สามี ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 16.8 และ มีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลุง ป้า น้า อา คิดเป็นร้อยละ 2.4

ระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่ให้การดูแล ผู้ดูแลร้อยละ 46.9 คิดว่า ผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีอาการรุนแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.6 คิดว่า ผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีอาการรุนแรงในระดับน้อย และร้อยละ 11.5 คิดว่า ผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีอาการรุนแรงมาก โดยผู้ดูแลได้อธิบายถึงความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการในระดับต่างๆ ไว้ดังนี้

ผู้ดูแลที่คิดว่า ผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีอาการรุนแรงมาก จะรับรู้ อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในลักษณะต่อไปนี้

“ผู้ป่วยทำลายข้าวของ ทำร้ายคนในบ้าน ทำร้ายคนอื่น ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาดเมื่อถูกขัดใจ หรือ บางรายจะฆ่าตัวตาย”

“ระแวงว่ามีคนจะมาฆ่า ภาพหลอนเห็นสิ่งที่เป็นอันตราย คิดว่าคนรอบข้างเป็นศัตรู”

“ต่อต้านกลัว เพราะหลงผิดคิดว่า ตัวเองเป็นแชมป์โลก”

“ปีนหลังคา ปีนรั้วบ้าน วิ่งหนี ออกนอกบ้านไปเรื่อยเปื่อย”

“พูดไม่รู้เรื่อง พูดเรื่อยเปื่อย พูดเพ้อเจ้อ ยึดคนเดียว พูดคนเดียว พูดจาหยาบคาย”

“ด่าพ่อ แม่ ลับหลัง”

“เครียดมาก ร้องไห้บ่อย หรือ อารมณ์ร้อน หงุดหงิด กระวนกระวาย”

“ใช้จ่ายเงินจำนวนมาก ไม่ทำงาน”

“ถอดเสื้อผ้า ทูตตีตัวเอง ชับถ่ายไม่รู้เรื่อง”

ผู้ดูแลที่คิดว่า ผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีความรุนแรงของอาการระดับปานกลาง จะรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในลักษณะต่อไปนี้

“ผู้ป่วยพูดคุยด้วยพอรู้เรื่อง ดูแลตนเองได้บ้าง ต้องคอยเตือนเป็นบางครั้ง ความคุมอารมณ์ตัวเองยังไม่ได้เป็นบางครั้ง อารมณ์ขุ่นมัวเป็นบางครั้ง”

“พูดเพ้อเจ้อเป็นบางครั้ง”

“พูดจาไม่ดีกับคนในครอบครัว แต่กับคนอื่นพูดดี”

“หัวเราะคนเดียวเป็นบางครั้ง”

“หวาดระแวงเป็นบางครั้ง”

“เดินไปมา ไม่มีจุดหมายเป็นบางครั้ง”

“ทำงานได้ตามที่บอก

“หัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว ชอบหาเรื่องพี่น้อง แต่ยังทำงานได้”

ผู้ดูแลที่คิดว่า ผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีความรุนแรงของอาการระดับน้อย จะรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในลักษณะต่อไปนี้

“ดูแลตัวเองได้ ช่วยทำงานได้ ทำอาหารกินเองได้ นอนหลับได้ พุดจามีเหตุผล”

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจากแหล่งต่างๆ ดังนี้ ผู้ดูแลร้อยละ 62.2 ได้รับความรู้จากการพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 18.5 ได้รับความรู้จาก เอกสาร/หนังสือ/แผ่นพับ/สื่อต่างๆ ร้อยละ 6.7 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 5.2 ได้รับความรู้จากผู้ดูแลคนอื่นๆ ร้อยละ 4.0 ได้รับความรู้จากการได้เข้ากลุ่มผู้ดูแลที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ และ ร้อยละ 1.7 ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเลย

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การมีอาการกำเริบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาอยู่ในช่วงระหว่าง มากกว่า 5 ปี – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.5 มากกว่า 2 ปี – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.9 และ อยู่ในช่วง 2 ปีแรก คิดเป็นร้อยละ 9.3

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรด้วยการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) สำหรับการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ 4 ข้อ ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 25-28;อ้างอิงจาก Jöreskog; & Sörbom, 1989: 2; Mueller, 1988: 18)

2.1 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบลักษณะของการแจกแจงของตัวแปรว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation หรือ SD) ความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis)

โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยตาราง 3 ดังนี้

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูล ที่ได้จากการวัดตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปร	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
บุคลิกภาพ				
1. มิติเชิงพฤติกรรมกรรมการแสดงของบุคลิกภาพ (EI)	1.1	0.23	-.43	.37
2. มิติเชิงสภาวะอารมณ์ของบุคลิกภาพ (NS)	0.9	0.45	.48	-.60
กลวิธีจัดการกับปัญหา				
3. กลวิธีจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (PROBFOC)	3.1	0.39	-.60	.60
4. กลวิธีจัดการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ (SUPPFOC)	2.9	0.57	-.31	-.48
5. การจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (AVOID)	2.1	0.48	.27	-.41
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย				
6. การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล (HYG)	2.7	0.40	-1.97	3.86
7. การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (REL)	2.6	0.49	-1.04	.31
8. การรับประทานอาหาร น้ำ และการพักผ่อนนอนหลับ (MEAL)	2.8	0.31	-1.93	4.36
9. การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (MED)	2.3	0.48	-.51	-.15
10. การดูแลตนเองด้านการขยับถ่ายและการรักษาความสะอาด (RESTR)	2.8	0.44	-1.75	1.87
11. การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ (LIFESK)	2.1	0.66	-.19	-1.15
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม				
12. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ (SUPEMO)	3.3	2.34	-.47	.50
13. การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (SUPINF)	2.7	3.53	.07	-.59
14. การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน (SUPOBJ)	2.6	5.56	.10	-.29
ความเหนื่อยหน่าย				
15. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (EXAUST)	1.56	1.31	.96	.33
16. การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น (DEPER)	1.24	1.17	1.10	.86
17. ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน (ACCOMP)	4.14	0.88	-1.03	1.63

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
พฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท				
18. การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย (SYMP)	2.6	0.48	-1.22	1.08
19. การให้กำลังใจและให้ความหวัง (ENC)	2.2	0.62	-.69	-.19
20. การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทันที่ (OBS)	2.1	0.84	-.66	-.40
21. การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ (THER)	2.7	0.45	-1.61	1.85
22. แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ (ACCP)	2.4	0.58	-.93	.46
23. การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล (SOLV)	2.0	0.79	-.67	-.18
24. การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย (SUG)	2.3	0.74	-.87	-.01
25. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย (ENV)	1.9	0.77	-.47	-.58
26. การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (RES)	2.5	0.64	-1.34	1.32
27. การช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต (PERC)	2.0	0.67	-.54	-.38
สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย				
28. ระยะเวลาการเจ็บป่วย	141.3	100.84	1.05	.92
29. การมีอาการกำเริบ	3.2	1.45	1.57	3.89
30. การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน	0.8	1.10	1.99	6.48

จากตาราง 5 พบว่า ตัวแปรพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปร บัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ ในมิติเชิงพฤติกรรม การแสดงของบุคลิกภาพ เท่ากับ 1.1 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพในมิติเชิงสภาวะอารมณ์ของบุคลิกภาพ เท่ากับ 0.9 ในขณะที่พิจารณาตัวแปรกลวิธีจัดการกับปัญหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองสูงกว่า กลวิธีจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ และการจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.1, 2.9 และ 2.1 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรการดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร น้ำและการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด สูงสุดเท่ากัน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 รองลงมา คือการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.7, 2.6, 2.3 และ 2.1 ตามลำดับ

ส่วนตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ สูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 รองลงมาคือ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ สิ่งของและแรงงาน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.7 และ 2.6

สำหรับตัวแปรความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน เท่ากับ 4.4 ความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น เท่ากับ 1.56 และ 1.24 ตามลำดับ

พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงจัง สูงสุด-เท่ากับ 2.7 รองลงมา คือ ด้านการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย ด้านการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ด้านการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านการชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม ด้านการให้กำลังใจและให้ความหวัง ด้านการสังเกตและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.6, 2.5, 2.4, 2.3, 2.2, 2.1 ตามลำดับ ส่วนด้านการช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต และ ด้านการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ 2.0 ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.9

ในส่วนตัวแปรสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับระยะเวลาการเจ็บป่วย เท่ากับ 141.34 (เดือน) จำนวนครั้งที่มีการกำเริบ โดยเฉลี่ย เท่ากับ 3.23 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยเฉลี่ยเท่ากับ .83

เมื่อพิจารณาค่าความเบ้และความโด่ง พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีค่าความเบ้ไม่เกิน 2 (ค่าสูงสุดที่ได้เท่ากับ 1.99) และมีค่าความโด่งไม่เกิน 10 (ค่าสูงสุดที่ได้เท่ากับ 6.48) ซึ่งถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Kline, 2005: 50) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงถือว่าข้อมูลดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุต่อไป

2.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ผลของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ประกอบด้วย ตาราง 6 – ตาราง 7 ดังนี้

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	EI	NS	PROBFOC	SUPPFOC	AVOID	HYG	REL	LIFESK	MEAL	RESTR	MED	SUPEMO	SUPINF	SUPOBJ
มิติเชิงพฤติกรรมของการแสดงออกบุคลิกภาพ (EI)	1													
มิติเชิงสภาวะอารมณ์ของบุคลิกภาพ (NS)	.08	1												
การวัดการเบี่ยงเบนในการแก้ไขปัญหาค้นพบของ (PROBFOC)	.21**	-.05	1											
การจัดการโดยอาศัยแนวคิดสนับสนุนอื่น ๆ (SUPPFOC)	.03	.08	.56**	1										
การจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (AVOID)	-.03	.53**	.17**	.30**	1									
การดูแลตนเองด้านสุขภาพส่วนบุคคล (HYG)	-.03	.01	.00	-.01	-.01	1								
การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (REL)	.11*	-.07	.14**	.06	-.09	.55**	1							
การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ (LIFESK)	-.01	-.08	.08	.03	-.06	.38**	.44**	1						
การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร น้ำ (MEAL)	.00	-.01	-.03	-.07	-.06	.56**	.42**	.80**	1					
การดูแลตนเองด้านการขบเคี้ยว (RESTR)	-.06	-.01	.01	-.04	-.03	.43**	.30**	.24**	.33**	1				
การรับประทานยา (MED)	-.04	-.15**	-.03	-.01	-.12*	.47**	.41**	.40**	.41**	.26**	1			
การสนับสนุนด้านอารมณ์ (SUPEMO)	.07	-.03	.42**	.36**	.09	-.01	.07	.12*	-.05	-.05	-.04	1		
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (SUPINF)	.05	.01	.31**	.44**	.04	-.01	.02	.09	-.11*	-.17**	.03	.35**	1	
การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน (SUPOBJ)	.07	-.02	.29**	.33**	.02	.03	.07	.17**	-.01	-.15**	.08	.31**	.56**	1
ความรู้ที่เหนื่อยล้าทางอารมณ์ (EXHAUST)	.02	.40**	.01	.09	.53**	-.12	-.13*	-.16**	-.14**	-.07	-.23**	-.01	.01	-.01
การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น (DEPER)	.03	.40**	.01	.12*	.50**	-.10*	-.08	-.09	-.13*	-.05	-.14**	-.04	.09	.03
ความรู้สึกไม่สบายที่สละสลวยของตอน (ACCOMP)	.05	-.02	.42**	.12*	-.05	.07	.16**	.12*	.06	.11*	.03	.28**	.13*	.09
การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย (SYMP)	.06	-.10*	.31**	.16**	.00	.08	.12*	.06	.06	.07	-.03	.28**	.03	-.01
การให้กำลังใจและให้ความหวัง (ENC)	.02	-.07	.34**	.37**	.04	.11*	.20**	.24**	.02	.05	.10*	.39**	.32**	.16**
การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (OBS)	.08	-.11*	.27**	.13*	-.03	-.02	.06	.03	.03	-.01	-.01	.21**	.08	-.02
การมีสัมพันธภาพที่สามเษมและจริงใจ (THER)	-.00	.01	.22**	.03	-.05	.14**	.11*	.03	.21**	.19**	-.07	.12*	-.11*	-.06
แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย (ACCP)	.03	-.01	.35**	.17**	.02	.02	.11*	.06	.02	.07	-.10	.19**	.09	.09
การแก้ไขปัญหามาโดยมิใช่เหตุและผล (SOLV)	.03	-.04	.34**	.30**	.07	.08	.19**	.20**	.05	.05	.03	.24**	.28**	.13**
การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย (SUG)	.04	.09	.14**	-.01	.07	-.10*	-.05	-.14**	.02	.05	-.27**	.08	-.15**	-.12*
การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (ENV)	.03	-.08	.28**	-.32**	.09	-.19**	.10	-.06	-.18**	-.13*	.00	.17**	.32**	.15**
การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (RES)	-.01	-.11*	.39**	.18**	-.07	-.06	.07	.06	-.10	-.07	-.05	.22**	.20**	.05
ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต (PERC)	.05	.03	.23**	.28**	.05	.16**	.17**	.14**	.12*	.03	-.01	.25**	.26**	.16**
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (LLRRANGE)	-.02	-.09	.04	.03	-.07	-.14*	-.13**	-.14**	-.13**	-.07	-.00	.03	-.02	.03
ครั้งที่มีการกำเริบ (EPISODE)	-.01	.02	.01	.12*	.12*	.03	.04	-.01	-.04	.05	.07	.05	.02	.03
ครั้งที่เข้ารับการรักษามะเร็งผู้ป่วยใน (ADM)	.06	.08	.01	.13*	.13**	.09	.09	-.01	.01	.03	.08	.06	.06	.04

ตาราง 6 (ต่อ)

	EXHAUST	DEPER	ACCOMP	SYMP	ENC	OBS	THER	ACCP	SOLV	SUG	ENV	RES	PERC	ILLRANGE	EPISODE	ADM
พฤติกรรมแสดงของบุคลิกภาพ (EI)																
สภาวะอารมณ์ของบุคลิกภาพ (NS)																
การจัดการมุ่งเน้นภาคแก้ไขปัญหาค้นพบ (PROBFOC)																
การจัดการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ (SUPPFOC)																
การจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (AVOID)																
การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล (HYG)																
การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ (LIFESK)																
การดูแลตนเองด้านกรับประทานอาหาร นำ (MEAL)																
การดูแลตนเองด้านการพักผ่อน (RESTR)																
การรับประทานยา (MED)																
การสนับสนุนด้านอารมณ์ (SUPEMO)																
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (SUPINF)																
การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน (SUPOBJ)																
ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจทางอารมณ์ (EXAUST)	1															
การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น (DEPER)	.72**	1														
ความรู้สึกไม่สนใจในสิ่งที่ผู้อื่น (ACCOMP)	-.10*	-.12*	1													
การให้ความเคารพต่อผู้อื่น (SYMP)	-.13*	-.21**	.29**	1												
การให้กำลังใจและให้รางวัล (ENC)	-.15**	-.12*	.25**	.48**	1											
การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (OBS)	-.06	-.04	.24**	.35**	.41**	1										
การมีทัศนคติที่สม่ำเสมอและจริงจัง (THER)	-.18**	-.27**	.25**	.50**	.27**	.21**	1									
แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย (ACCP)	-.05	-.09	.22**	.46**	.37**	.36**	.41**	1								
การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล (SOLV)	-.02	.00	.12*	.33**	.51**	.41**	.26**	.48**	1							
การแนะนำและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย (SUG)	.03	-.04	.17**	.27**	.11*	.36**	.37**	.35**	.16**	1						
การตอบสนองความต้องการของผู้อื่น (ENV)	.10*	.06	.04	.22**	.39**	.30**	.03	.30**	.36**	-.00	1					
การแสดงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย (RES)	-.07	-.17**	.25**	.31**	.33**	.33**	.18**	.30**	.34**	.15**	.49**	1				
ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต (PERC)	-.01	-.05	.06	.42**	.47**	.30**	.34**	.41**	.47**	.18**	.29**	.24**	1			
ระแวดระวังปัญหาด้วยโรจิตเภท (ILLRANGE)	.06	.05	.00	-.05	-.05	-.00	-.04	-.07	-.10	-.01	.02	-.00	-.09	1		
ครั้งที่มีอาการกำเริบ (EPISODE)	.15**	.09	.04	.03	-.02	.01	-.02	.06	.03	.05	.10	.02	-.01	.30**	1	
ครั้งที่มีอาการกำเริบแบบผู้ป่วยใน (ADM)	.16**	.08	.07	.03	.01	-.01	-.04	.03	.03	.06	.02	.00	.05	.15**	.69**	1

** p < .01
* p < .05

จากตาราง 6 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงแต่ละตัว พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาแต่ละคู่ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .10 - .72 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด 3 คู่แรก คือ ตัวแปรความเหนื่อยหน่ายด้านการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น กับตัวแปรความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ ตัวแปรภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เกี่ยวกับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในกับจำนวนครั้งของการมีอาการกำเริบ และตัวแปรกลวิธีจัดการกับปัญหาด้านการใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ กับกลวิธีจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยความสามารถของตนเอง ตัวแปรการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการรับประทานอาหาร น้ำและการพักผ่อนนอนหลับกับด้านการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของและแรงงาน กับด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยแต่ละคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .72 , .69 และ .56 ตามลำดับ

นอกจากนี้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่อยู่ภายในตัวแปรแฝงแต่ละตัว พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่อยู่ภายในตัวแปรแฝงบุคลิกภาพ อยู่ที่ .08 ตัวแปรสังเกตที่อยู่ภายในตัวแปรแฝงกลวิธีจัดการกับปัญหามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .30 - .56 ตัวแปรสังเกตที่อยู่ภายในตัวแปรแฝงการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .26 - .55 ตัวแปรสังเกตที่อยู่ภายในตัวแปรแฝงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .35 - .56 ตัวแปรสังเกตที่อยู่ภายในตัวแปรแฝงความเหนื่อยหน่าย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.12 - .72 ตัวแปรสังเกตที่อยู่ภายในตัวแปรแฝงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.00 - .49 ตัวแปรสังเกตที่อยู่ภายในตัวแปรแฝงสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .30 - .69

จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตที่น่าเสนอข้างต้นในการตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบของไคลน์ (Kline, 2005: 56) ที่กล่าวว่า ภาวะร่วมเส้นตรงจะเกิดขึ้นเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าสูงกว่า .85 ดังนั้นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ไม่เกิน .85 จึงอาจกล่าวได้ว่า ตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษานี้ไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ

นอกจากการตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงในตัวแปรสังเกต ตามที่น่าเสนอข้างต้น ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงในตัวแปรแฝงด้วย ผลการตรวจสอบมีดังนี้

ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)								
	Lbeh	Lbur	Lper	Lstr	Lcop	Lcar	Lself	Lsoc	Lhealth
1. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Lbeh)	1								
2. ความเหนื่อยหน่าย (Lbur)	.03	1							
3. บุคลิกภาพของผู้ดูแล (Lper)	-.04	.36**	1						
4. ความเครียดของผู้ดูแล (Lstr)	-.03	.47**	.42**	1					
5. กลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล (Lcop)	.33*	.44**	.32**	.52**	1				
6. ระยะเวลาการดูแล (Lcar)	-.07	.11*	-.03	.01	-.01	1			
7. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Lself)	.07	-.13*	-.06	-.12*	-.03	-.05	1		
8. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Lsoc)	.27*	.08	.03	-.03	.34**	-.01	.06	1	
9. สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย (Lhealth)	-.06	-.06	-.09	-.02	-.01	.77**	-.15**	.02	1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 7 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรที่ศึกษาแต่ละคู่ บางส่วนมีความสัมพันธ์ทางบวกบางส่วน มีความสัมพันธ์ทางลบ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .11 - .77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล พบว่า คู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงสุด คือ ตัวแปรกลวิธีจัดการกับปัญหากับความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .52 และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย พบว่า คู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด คือ สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .77

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลกับตัวแปรพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า คู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด คือ ตัวแปรกลวิธีจัดการกับปัญหากับตัวแปรพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .33 ส่วนตัวแปรแฝงกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยกับตัวแปรพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า คู่ที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด คือ ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับตัวแปรพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .27

ส่วนตัวแปรแฝงกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล กับตัวแปรความเหนื่อยหน่าย พบว่า คู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด คือ ตัวแปรความเครียดกับตัวแปรความเหนื่อยหน่าย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .47 และตัวแปรแฝงในกลุ่มสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยกับตัวแปรความเหนื่อยหน่าย พบว่า คู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด คือ ตัวแปรตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับตัวแปรความเหนื่อยหน่าย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ -.13

จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรแฝงที่นำเสนอข้างต้นในการตรวจสอบปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบของไคลน์ (Kline, 2005: 56) เช่นเดียวกับการตรวจสอบตัวแปรสังเกต ดังนั้นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงไม่เกิน .85 จึงอาจกล่าวได้ว่า ตัวแปรแฝงที่ใช้ในการศึกษานี้ไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ

2.3 การตรวจสอบความเป็นอิสระ (Independence) ระหว่างตัวแปรกับความคลาดเคลื่อน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้น โดยการยินยอมให้ยอมความคลาดเคลื่อนของการวัดมีความสัมพันธ์กันจึงไม่ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อนี้

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลอนุกรมเวลา (Time series data) ที่มีการวัดข้อมูลมากกว่า 2 ครั้ง

การวัดตัวแปรต้องไม่ได้รับอิทธิพลจากช่วงเวลาที่ผ่านมา (Time lag)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลอนุกรมเวลาจึงไม่ต้องตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อนี้

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัดตัวแปรแฝงที่มีตัวแปรสังเกตมากกว่า 3 ตัวแปร (Bollen, 1989: 244) โดยในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ตัวแปร คือ ตัวแปรการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ ด้านการรับประทานอาหารน้ำและการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการขับถ่าย และการรักษาความสะอาด ด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และตัวแปรพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตด้านการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามความจำเป็นพื้นฐาน ด้านการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย ด้านการให้กำลังใจและให้ความหวัง ด้านการจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ด้านการชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ด้านการช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ด้านการแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านการสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันท่วงที ด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ

ผลการวิเคราะห์ของแต่ละตัวแปรมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตาราง 8 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบและค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท (ญาติเป็นผู้ประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย)

องค์ประกอบด้าน	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
1. การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล	.85	.72
2. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	.65	.42
3. การออกกำลังกายและการมี บทบาทตามพัฒนาการ	.46	.21
4. การรับประทานอาหาร น้ำและ การพักผ่อนนอนหลับ	.67	.44
5. การขับถ่ายและการรักษา ความสะอาด	.49	.24
6. การรับประทานยาและจัดการ กับอาการข้างเคียงของยา	.58	.33

$\chi^2 = 4.15$, $df = 7$, $P\text{-value} = 0.764$; $RMSEA = 0.0$; $SRMR = 0.013$; $GFI = .99$; $AGFI = 0.98$; $CN = 1665.58$

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่า = 54.15, $df = 7$, $P\text{-value} = 0.764$; $RMSEA = 0.0$; $SRMR = 0.013$; $GFI = .99$; $AGFI = 0.98$; $CN = 1665.58$ ซึ่งเมื่อพิจารณาเกณฑ์ที่ผู้วิจัยใช้ในการตรวจสอบในบทที่ 3 จะเห็นได้ว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นนี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตแต่ละตัวพบว่าตัวแปรการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือเท่ากับ .85 รองลงมาคือด้านการรับประทานอาหาร น้ำและการพักผ่อนนอนหลับ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .67 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .65 ด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .58 ด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .49 และด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .46

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การทำนายระหว่างตัวแปรการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านต่าง ๆ กับองค์ประกอบรวม พบว่า องค์ประกอบรวมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการดูแลสุขภาพส่วน บุคคล ร้อยละ 72 ซึ่งเป็นค่าที่มากที่สุดรองลงมาเป็นการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร น้ำและ การพักผ่อนนอนหลับ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการ ข้างเคียงของยา ด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด ด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาท ตามพัฒนาการ ซึ่งพบว่าองค์ประกอบรวมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถอธิบายความ แปรปรวนของตัวแปรสังเกตต่าง ๆ ได้ร้อยละ 44, 42, 33, 24 และ 21 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ค่าที่ได้พบว่าองค์ประกอบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้ง 6 ด้าน สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้ง 6 ด้าน มีองค์ประกอบร่วมกัน

3.2 ค่านำหนักองค์ประกอบ และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรพฤติกรรมกรรมการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

ตาราง 9 ค่านำหนักองค์ประกอบและค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรพฤติกรรมกรรมการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล (ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบเอง)

องค์ประกอบด้าน	ค่านำหนักองค์ประกอบ	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
1. การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล	.65	.43
2. การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ตามความจำเป็นพื้นฐาน	.73	.54
3. การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย	.55	.31
4. การให้กำลังใจและการให้ความหวัง	.41	.17
5. การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิด ความรู้สึกปลอดภัย	.66	.44
6. การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย	.72	.52
7. การช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็น จริยของชีวิต	.22	.05
8. แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ทั้งด้านบวกและด้านลบ	.47	.22
9. การสังเกตและตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันท่วงที	.46	.21
10. การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ	.62	.38

$\chi^2 = 31.50$, $df = 24$, $P\text{-value} = 0.140$; $RMSEA = 0.028$; $SRMR = 0.028$; $GFI = 0.98$; $AGFI = 0.96$; $CN = 505.89$

จากตาราง 9 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล พบว่า ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่า = 31.50, df = 24, P-value = 0.140; RMSEA = 0.028; SRMR = 0.028; GFI = 0.98; AGFI = 0.96; CN = 505.89 ซึ่งเมื่อพิจารณาเกณฑ์ที่ผู้วิจัยใช้ในการตรวจสอบในบทที่ 3 จะเห็นได้ว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นนี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตแต่ละตัวพบว่าตัวแปรพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามความจำเป็นพื้นฐาน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุดคือเท่ากับ .73 รองลงมาคือ ด้านการชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .72 ด้านการจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .66 ด้านการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .65 ด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .62 ด้านการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .55 ด้านแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .47 และด้านการสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันที่ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .46 ด้านการให้กำลังใจและความหวัง มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .41 และด้านการช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .22

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การทำนายระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลด้านต่าง ๆ กับองค์ประกอบรวม พบว่า องค์ประกอบรวมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ด้านการตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นพื้นฐาน ร้อยละ 54 ซึ่งเป็นค่าที่มากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ด้านการจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ด้านการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุและผล ด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ ด้านการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย ด้านการแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านการสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันที่ ด้านการให้กำลังใจและการให้ความหวัง และด้านการช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ซึ่งพบว่าองค์ประกอบรวมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตต่าง ๆ ได้ร้อยละ 52, 44, 43, 38, 31, 22, 21, 17 และ 5 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ค่าที่ได้พบว่าองค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้ง 10 ด้าน ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้ง 10 ด้าน มีองค์ประกอบร่วมกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอตามสมมติฐานในการวิจัย ซึ่งเป็นผลการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ตามความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัยข้อ 1 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 - 3 และ ความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัยข้อ 2 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 - 8 และความมุ่งหมายการวิจัย ข้อ 3 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9

โดยในแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ผลการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุหรือการวิเคราะห์โมเดลลิสเรล (Linear Structural Relationship Model: LISREL) เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรในแบบจำลอง โดยการหาขนาดอิทธิพลที่ปรากฏในความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุและทดสอบว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ หากแบบจำลองที่สร้างขึ้นไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการปรับแบบจำลอง โดยในการปรับแบบจำลองครั้งนี้พิจารณาถึงความสมเหตุสมผลตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้อาศัยดัชนีการปรับ (Modification indices) จากผลการวิเคราะห์หามาเป็นข้อมูลประกอบในการปรับแบบจำลอง

ผลจากการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล เริ่มแรก (ตามสมมติฐานการวิจัย) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรสำคัญ ที่พบว่าส่งผลต่อ ความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจากแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ดังนี้คือ แนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพ ได้แก่ ตัวแปรมิติเชิงพฤติกรรมการแสดงของบุคลิกภาพ ตัวแปรมิติเชิงสภาวะอารมณ์ของบุคลิกภาพ แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัว ประกอบด้วย ตัวแปรความเครียด ตัวแปรกลวิธีการจัดการกับปัญหา ได้แก่ ตัวแปรกลวิธีจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ตัวแปรกลวิธีจัดการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งตัวแปรจากทั้งสองแนวคิดนี้ถือว่าเป็นตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ และแรงงาน รวมถึงตัวแปรระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และตัวแปรสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ซึ่งตัวแปรจากแนวคิดเหล่านี้ ถือเป็นตัวแปรสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย โดยมีตัวแปรความเหนื่อยหน่าย เป็นตัวแปรคั่นกลางนั้น ได้ค่าสถิติดังนี้

ตาราง 10 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
ของความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย เริ่มแรก (ตามสมมติฐาน)

แบบจำลองโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล	χ^2	df	p-value	GFI	AGFI	SRMR	RMSEA	CN
เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ		>.05	>.90	>.90	<.10	≤.05	≥200
แบบจำลองตามสมมติฐาน (เริ่มแรก)	1704.35	440	0.000	0.78	0.73	0.096*	0.088	118.55

เมื่อพิจารณาค่าสถิติตามเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาความสอดคล้องโดยรวม แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองตามสมมติฐานไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

อย่างไรก็ตามการที่แบบจำลองไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์นั้น โจเรสกอร์กและซอร์บอม (Jöreskog; & Sörbom. 1989: 251-253) ได้อธิบายไว้ว่าแบบจำลองเริ่มแรกอาจจะไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจะต้องทำการปรับแบบจำลองให้สอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูล โดยในการปรับแบบจำลองจะต้องเป็นไปตามแนวทางของทฤษฎีและมีความเที่ยงตรง ซึ่งในการวิเคราะห์แบบจำลองเพื่อค้นหาแบบจำลองที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Modification searches) นั้นสามารถใช้เกณฑ์การพิจารณาจากค่าที่ (t) ซึ่งเป็นอิทธิพลของตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่าที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1.96 และการพิจารณาความสอดคล้องโดยรวม (Overall fit) ซึ่งได้เสนอเกณฑ์การพิจารณาไว้ในบทที่ 3 แล้ว ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแบบจำลองโดยพิจารณาความเป็นไปได้ในทางทฤษฎี และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างสมเหตุสมผล

4.2 ผลการปรับแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการวิจัยนี้แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตามสมมติฐานไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งหมายความว่า แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นยังไม่สามารถนำมาอธิบายความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยจึงปรับปรุงแบบความสัมพันธ์ใหม่ ให้สอดคล้องเหมาะสมมากขึ้น โดยอาศัยความเป็นไปได้ในทางทฤษฎีและสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรได้อย่างมีความหมาย และสมเหตุสมผล และยอมให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดมีความสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับแบบจำลอง ดังต่อไปนี้

4.2.1 จากแนวคิดของ มัลดารี (Muldary. 1983: 1-3) ที่อธิบายว่าเมื่อบุคคลเกิดความเครียดเรื้อรังก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Muldary. 1983: 1-3) สามารถอธิบายเชื่อมโยงถึงความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นคนในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มี

อาการทางจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง โดยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน โดยเฉพาะ “ผู้ดูแลหลัก” (primary caregiver) ที่ต้องเผชิญอยู่ในสถานการณ์ของการดูแลโดยตรง จะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด เนื่องจากสภาพปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (วราวรรณ ยศธรรมเสนี. 2537; อ้างอิงจาก Kane. 1984: 21) ขณะที่ผู้ดูแลบางรายก็จะทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อยพักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสุขภาพทรุดโทรม (นันทิกา ทวีชาชาติ และคณะ. 2539) รวมถึงการศึกษาของ เบเกอร์ (Baker. 1989) ก็ได้ทำการศึกษาความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และรายงานว่าสมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ดูแลจิตเภทครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยต้องประสบกับความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองแล้วประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย จึงนำไปสู่การเพิ่มเส้นอิทธิพลความเครียดกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

4.2.2 เพิ่มเส้นอิทธิพลบุคลิกภาพกับกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้เพิ่มเส้นอิทธิพลนี้โดยมีความเห็นว่า ตามแนวคิดของ โรเบิร์ต และ จอห์น (Robert V. Kail; & John C. Cavanaugh. 2007) ได้อธิบายถึงลักษณะของบุคลิกภาพที่มีความสัมพันธ์กับกลวิธีจัดการกับปัญหาเมื่อบุคคลประสบกับความเครียดไว้ว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพเป็นแบบเครียดง่าย ซึมเศร้า ก้าวร้าว กระสับกระส่าย ใจร้อน อยู่ไม่นิ่ง เมื่อประสบกับปัญหาหรือเกิดความทุกข์ใจ จะมีแรงจูงใจ มีทัศนคติที่ดีในการเร่งแก้ไขปัญหา และปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างเคร่งครัด ขณะที่ผู้ที่มีบุคลิกภาพในทางตรงข้าม คือ ใจเย็น ปล่อยให้ทุกอย่างที่เกิดขึ้นดำเนินไปเรื่อยๆ และเมื่อประสบกับปัญหาจะไม่เร่งแก้ไขจนทำให้เกิดผลเสียตามมาได้ ทั้งนี้เมื่อปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไขทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ก็ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Muldary. 1983: 1-3) และการศึกษาของ ชิมิซุทานิ และคณะ (Masahiro SHIMIZUTANI; et al.2008) ก็สนับสนุนว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับกลวิธีจัดการกับปัญหาและความเหนื่อยหน่าย โดยได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลกับลักษณะบุคลิกภาพและกลวิธีจัดการกับปัญหา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อารมณ์หวนไหวง่าย จะเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายในงาน เหนื่อยหน่ายบุคคลที่เกี่ยวข้อง และเหนื่อยหน่ายผู้ป่วยที่ให้การดูแล สูงกว่าผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert) และขณะเดียวกันพยาบาลทั้งกลุ่มที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อยู่ในระดับสูง อารมณ์หวนไหวง่าย และกลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert) เมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย จะใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ จึงนำไปสู่การเพิ่มเส้นอิทธิพลบุคลิกภาพกับกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล

4.2.3 จากบทความทางวิชาการของ เกกและคณะ (Kek N., Mazumdar P.; Shields R. 2000) ที่กล่าวไว้ว่า ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลต้อยลงในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การเรียน

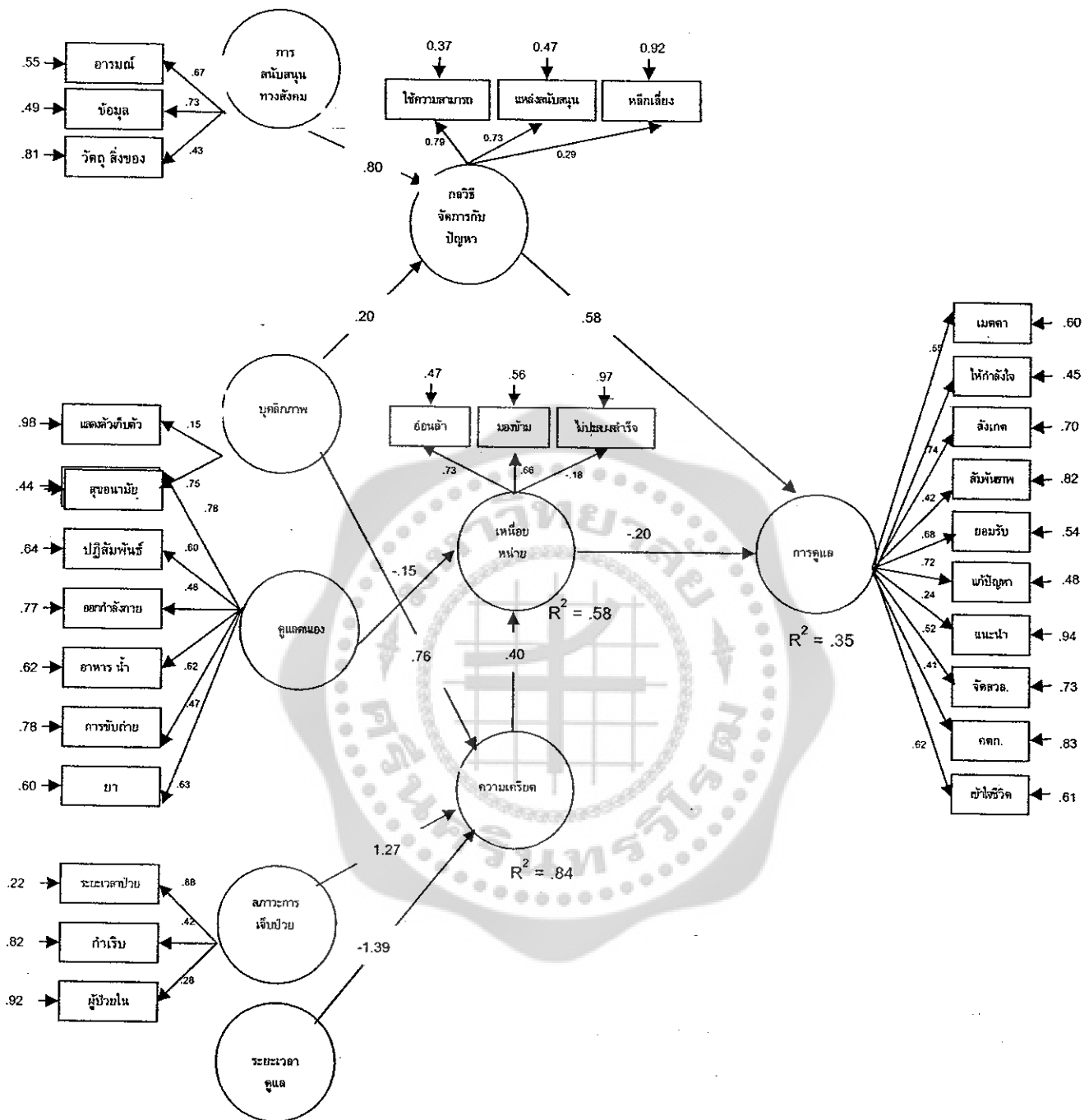
หนังสือ การทำงาน การขาดที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกับผู้คนในสังคม และการดำเนินชีวิตในสังคม เนื่องจากโรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตที่ทั่วโลกรู้จักกันดี บุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (World Health Organization, 2001) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จากการศึกษาของ ไกรวรรณ เจริญกุล.2539 ที่ได้ทำการรวบรวมข้อมูลผลการจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยลักษณะของการจัดกลุ่มเป็นกลุ่มเปิด สมาชิกหมุนเวียน เปลี่ยนไปเรื่อยๆ กลุ่มหนึ่งๆ ประกอบด้วยญาติ จำนวน 6-10 คน ทำกลุ่มทั้งหมด 52 ครั้ง มีญาติผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มทั้งสิ้น 426 คน พบว่า ปัญหาที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด คือ ความกังวลใจ กลัวผู้ป่วยได้รับอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา หรือจากการกินยาดัดต่อกันเป็นเวลานาน รองลงมาคือ กลัวผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น รวมทั้งไม่ทราบว่าจะจัดการอย่างไรดี แสดงถึงความรู้สึกหวั่นไหวของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า อาจเป็นไปได้ที่ตัวแปรสถานะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย น่าจะไม่มีอิทธิพลโดยตรงกับความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย จึงนำไปสู่การตัดเส้นอิทธิพลสถานะสุขภาพกับความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอีกหนึ่งเส้น

ผลการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลโรคจิตเภทของผู้ดูแลหลังจากที่ให้ความฉลาดเคลื่อนในการวัดมีความสัมพันธ์กัน ได้ค่าสถิติดังนี้

ตาราง 11 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ที่ปรับแล้ว

แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผล	χ^2	df	p-value	GFI	AGFI	SRMR	RMSEA	CN
เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ		>.05	>.90	>.90	<.10	≤.05	≥200
แบบจำลองโครงสร้างที่ปรับแล้ว	325.56	312	0.29	0.95	0.91	0.054	0.011	414.72

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ปรับใหม่นี้ พบว่า จากค่าสถิติการทดสอบความสอดคล้องทั้งหมดผ่านเกณฑ์การพิจารณา นั้นหมายความว่าแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ปรับใหม่ตามสมมติฐานข้อ 1 – สมมติฐานข้อ 9 (ภาพประกอบ 3) มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเส้นอิทธิพลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร จึงสามารถนำมาอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดังนี้



$\chi^2 = 325.56$, $df = 312$, $p\text{-value} = 0.29$; $RMSEA = 0.011$; $SRMR = 0.054$; $GFI = 0.95$; $AGFI = 0.91$; $CN = 414.72$

ภาพประกอบ 4 แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล หลังจากที่ได้ให้ความฉลาดเคลื่อนในการวัดมีความสัมพันธ์กัน

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุ และตัวแปรผล มีดังนี้

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct effects: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effects: IE) อิทธิพลรวม (Total effects : TE) ของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R^2)

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล											
	ความเครียด (Lstr)			กลวิธีจัดการกับปัญหา (Lcop)			ความเหนื่อยหน่าย (Lbur)			พฤติกรรมการดูแล (Lbeh)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
1. ปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล												
1.1 บุคลิกภาพ (Lper)	.76	-	.76	.20	-	.20	-	.30	.70	-	-.02	-.02
1.2 ความเครียด (Lstr)	-	-	-	-	-	-	.40	-	.40	-	-.08	-.08
1.3 กลวิธีจัดการกับปัญหา (Lcop)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.58	-	.58
2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย												
2.1 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (Lcar)	-1.39	-	-1.39	-	-	-	-	-.56	-.33	-	.07	.07
2.2 สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย (Lhealth)	1.27	-	1.27	-	-	-	-	.51	.51	-	-.10	-.10
2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Lself)	-	-	-	-	-	-	-.15	-	-.15	-	.03	.03
2.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Lsoc)	-	-	-	.80	-	.80	-	-	-	-	.46	.46
3. ความเหนื่อยหน่าย (Lbur)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.20	-	-.20
$R^2 =$.84			.66			.58			.35	

จากตาราง 12 แสดงให้เห็นขนาดและทิศทางอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุต่อตัวแปรผล โดยพบว่า ตัวแปรสาเหตุเกือบทุกตัวมีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรผล โดยแต่ละกลุ่มตัวแปรสาเหตุมีอิทธิพลต่อตัวแปรผล ดังนี้

1. ตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล

1.1 บุคลิกภาพของผู้ดูแลมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .76 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผ่านความเครียด กลวิธีจัดการกับปัญหา และความเหนื่อยหน่าย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.02

1.2 ความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .40 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเหนื่อยหน่าย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.08

1.3 กลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .58

2. ตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย

2.1 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย มีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อความเครียดของผู้ดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -1.39 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแล ผ่านความเหนื่อยหน่าย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.01

2.2 สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแล ผ่านความเหนื่อยหน่าย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.10

2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.15 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแล ผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .03

2.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .80 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผ่านกลวิธีจัดการกับปัญหา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .46

3. ความเหนื่อยหน่าย มีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อพฤติกรรมกรรมการดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.20

สำหรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสอง (R^2) พบผลการวิจัยดังนี้

1. บุคลิกภาพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดได้ร้อยละ 84

2. บุคลิกภาพ และ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลได้ร้อยละ 66

3. บุคลิกภาพ ความเครียด ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยหน่ายได้ร้อยละ 58

4. บุคลิกภาพ ความเครียด กลวิธีจัดการกับปัญหา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยหน่าย สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ได้ร้อยละ 35

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. อิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล

1.1 จากสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า "บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล" ผลการทดสอบพบว่า บุคลิกภาพของผู้ดูแล มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .76 ดังนั้นผลการศึกษายืนยันสมมติฐานข้อ 1

นอกจากนี้ บุคลิกภาพยังมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .20 และมีอิทธิพลทางอ้อมในทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียด กลวิธีจัดการกับปัญหา และความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.02

1.2 จากสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า "ความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล" ผลการทดสอบพบว่า ความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .40 ดังนั้นผลการศึกษายืนยันสมมติฐานข้อ 2

นอกจากนี้ ความเครียดยังมีอิทธิพลทางอ้อมในทางลบต่อพฤติกรรมการดูแล ผ่านความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.08

1.3 จากสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า "กลวิธีจัดการกับปัญหา มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล" ผลการทดสอบพบว่า กลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .58 ดังนั้นผลการศึกษายืนยันสมมติฐานข้อ 3

2. อิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแล

2.1 จากสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า "สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล" ผลการทดสอบพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 1.27 ดังนั้นผลการศึกษายืนยันสมมติฐานข้อ 4

2.2 จากสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า "สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล" ผลการทดสอบพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมในทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.10 ดังนั้นผลการศึกษายืนยันสมมติฐานข้อ 5

นอกจากนี้ ยังพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียดและความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -.10

2.3 จากสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า "ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล" ผลการทดสอบพบว่า ระยะเวลาที่มีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ -1.39 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมในการดูแลผ่านความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ $.07$ ดังนั้นผลการศึกษาก็จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อ 6

และพบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ผ่านความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ $.07$

2.4 จากสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า "ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล" ผลการทดสอบพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ $-.15$ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมในการดูแลผ่านความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ $.03$ ดังนั้นผลการศึกษาก็จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อ 7

2.5 จากสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า "การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่านกลวิธีจัดการกับปัญหา" ผลการทดสอบพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ $.80$ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่านกลวิธีจัดการกับปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ $.46$ ดังนั้นผลการศึกษาก็จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อ 8

3. อิทธิพลของตัวแปรความเหนื่อยหน่ายต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

3.1 จากสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า "ความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล" ผลการทดสอบพบว่า ความเหนื่อยหน่าย มีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อพฤติกรรมในการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ $-.20$ ดังนั้นผลการศึกษาก็จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อ 9

จากผลการวิจัยที่น่าเสนอตามสมมติฐานการวิจัยข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่า

1. ตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อตัวแปรผล คือ ตัวแปรบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลต่อความเครียดเท่ากับ $.76$ รองลงมาคือ ตัวแปรกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลเท่ากับ $.58$ และตัวแปรความเครียดมีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายเท่ากับ $.40$

2. ตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อตัวแปรผล คือ ตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของผู้ดูแลเท่ากับ -1.39 รองลงมาคือ ตัวแปรสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของผู้ดูแลเท่ากับ 1.27 และตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลเท่ากับ $.80$



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล มีความมุ่งหมายการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล โดยมีความมุ่งหมายเฉพาะ ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรในกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเหนื่อยหน่าย ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จำนวน 375 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบวัดลักษณะทางชีวสังคม และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 3 ตัวแปรแฝง และตัวแปรสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย จำนวน 4 ตัวแปรแฝง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2551 ถึง เดือน มีนาคม 2552 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และการแจกแจงความถี่ ค่าสหสัมพันธ์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window version 11.0 การวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (Structural equation models for latent variable) โดยใช้โปรแกรม LISREL version 8.72

สรุปผลการวิจัย

1. แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล หลังจากการปรับแบบจำลองแล้ว พบว่า เส้นอิทธิพลมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร และมีค่าการทดสอบความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า กล่าวคือ ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่า = 325.56, df = 312, p-value = 0.29; RMSEA = 0.011; SRMR = 0.054; GFI = 0.95; AGFI = 0.91; CN = 414.72 แสดงว่าแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิง สาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ที่ปรับใหม่ มีความ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำมาอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและ พฤติกรรมการดูแลได้

2. การพิจารณาอิทธิพลรวม (Total effects) พบว่า ตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลมากที่สุดต่อ ความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัวแรก คือ บุคลิกภาพ สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ของผู้ป่วย และความเครียด ส่วนตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย 3 ตัวแรก คือ กลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของ ผู้ดูแล

3. ผลการทดสอบอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัย ภายในบุคคลของผู้ดูแล พบว่า ตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อ ตัวแปรผล คือ ตัวแปรบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียด รองลงมาคือ ตัวแปรกลวิธี จัดการกับปัญหาของผู้ดูแลที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแล และตัวแปรความเครียดมี อิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย

นอกจากนี้พบผลการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปร สาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล โดยพบว่า บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการ กับปัญหา และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียด กลวิธีจัดการกับ ปัญหา และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

และพบว่า ความเครียดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแล ผ่านความเหนื่อยหน่ายของ ผู้ดูแล

4. ผลการทดสอบอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัย สภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย พบว่า ตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลที่มีอิทธิพล สูงสุดต่อตัวแปรผล คือ ตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของผู้ดูแล รองลงมาคือ ตัวแปรสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของ ผู้ดูแล และตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล

ขณะเดียวกันก็พบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแล ผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล รวมถึงพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่านกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ พบผลการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล และพบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผ่านความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

5. ผลการทดสอบอิทธิพลของตัวแปรความเหนื่อยหน่าย พบว่า ความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล นอกจากนี้ ความเหนื่อยหน่าย ยังมีอิทธิพลคั่นกลางระหว่างบุคลิกภาพกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และมีอิทธิพลคั่นกลางระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมีอิทธิพลคั่นกลางระหว่างสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และมีอิทธิพลคั่นกลางระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

อภิปรายผล

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในการอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ตามบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการวิจัย โดยจำแนกประเด็นตามความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัย ดังนี้

1. อิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลที่มีต่อตัวแปรผล ซึ่งประกอบด้วย ความเครียด กลวิธีจัดการกับปัญหา ความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

1.1 ตัวแปรบุคลิกภาพ

จากสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า “บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล” ผลการทดสอบพบว่า บุคลิกภาพของผู้ดูแล มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่าผลการทดสอบสนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ โดยผลการทดสอบชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีบุคลิกภาพต่างกันจะมีผลทำให้เกิดความเครียดต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากบุคลิกภาพเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่บ่งชี้ความเป็นปัจเจกบุคคลและเป็นสิ่งที่กำหนดรูปแบบการคิด แรงจูงใจ

พฤติกรรมหรือลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ของบุคคลนั้น (Pervin. 1993: 3; Ryckman. 2004: 4) นักจิตวิทยาต่างเห็นพ้องกันว่าบุคลิกภาพของบุคคล เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มภายในของบุคคล (Internal dispositions) โดยจะมีความคงที่ในเวลาและสถานการณ์ส่วนใหญ่ และลักษณะบุคลิกภาพเป็นความแตกต่างโดยทั่วไประหว่างบุคคลในการจัดการกับอารมณ์ (ชูชัย สมิทธิไกร. 2546: 29; อ้างอิงจาก McAdams. 1990)

เมื่อพิจารณาทฤษฎีต่างๆ เกี่ยวกับบุคลิกภาพ ก็จะเป็นการพยายามอธิบายเพื่อให้เข้าใจลักษณะโดยธรรมชาติของบุคคล ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีบุคลิกภาพของ จุง (Carl G. Jung. 1875 – 1961; อ้างอิงจาก สุชา จันทน์เอม. 2535) ได้แบ่งบุคลิกภาพของบุคคลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ บุคคลประเภทชอบสังคม (Extrovert) จะมีลักษณะเด่น คือ เป็นคนเปิดเผย ร่าเริง ชอบออกสังคม เป็นคนที่สร้างความเชื่อมั่นอยู่บนรากฐานของความเป็นจริง มีอุปนิสัยที่เปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อม และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ เมื่อเกิดความเครียด คับข้องใจ มักมีพฤติกรรมในรูปของการต่อสู้ (Defense) ส่วนบุคคลประเภทเก็บตัว (Introvert) จะมีลักษณะเด่น คือ เป็นคนลึกลับ ผูกพันกับตนเองมากกว่าผูกพันกับสังคม เป็นบุคคลที่มีกฎเกณฑ์แน่นอนในการควบคุมอุปนิสัยของตนเอง เชื่อถือตนเอง และมักตัดสินใจโดยใช้ตัวเองเป็นหลัก เมื่อเกิดความเครียด คับข้องใจ มักมีพฤติกรรมแบบหลบหนี แยกตัวเองออกไปจากสังคม (Isolation)

ผลจากการวิจัยในส่วนนี้ถ้าพิจารณาถึงองค์ประกอบของตัวแปรจะพบว่า อิทธิพลของบุคลิกภาพในมิติสภาวะอารมณ์ (หัวน้ใจ-มันคง) มีความสำคัญมากกว่า บุคลิกภาพในมิติของพฤติกรรมการแสดงออก (ชอบสังคม-เก็บตัว) ซึ่งอธิบายเพิ่มเติมได้จากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้ดูแลบางรายต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่ญาติสายตรง หรือกรณีที่เป็นญาติห่างๆ จะเป็นผู้ที่มีลักษณะอารมณ์มันคง มีเหตุผล ยึดหยุ่น มองโลกในแง่ดี โดยจะบอกว่า “ถ้าไม่มีคนดูแล เขาป่วยแล้วนี่ เราก็ต้องดู ไม่รู้ว่าจะไปเครียดทำไม ยังพอดูกันได้ก็ต้องช่วยกันดูกันไปก่อน” และขณะเดียวกันผู้ดูแลบางคนที่เป็นญาติสายตรงจะแสดงอารมณ์หงุดหงิด กังวล รู้สึกลำบาก เป็นภาระที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้เก็บข้อมูลถึงปัญหาความทุกข์ยากต่างๆ เป็นเวลานานมาก โดยไม่สนใจว่าผู้ป่วยนั่งรออยู่ โดยจะบอกว่า “ฉันลำบากมากที่ต้องมาคอยดูแลมัน ไม่รู้ทำเวรกรรมอะไรไว้ ทุกวันนี้ฉันไม่เคยรู้หรือทราบดีว่าความสุขมันเป็นยังไง มีแต่ความทุกข์ เครียดเรื่องของมันนี่ล่ะ” สอดคล้องกับที่ มัลดารี (Muldary. 1983: 102-119) ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลที่เชื่อมั่นในตนเองสูง จะคิดว่าตนเองมีศักยภาพในการจัดการควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างได้ หรือคนที่มักจะหวังพึ่งพาสิ่งแวดล้อมภายนอกอยู่ตลอดเวลา เมื่อประสบความผิดหวังคนกลุ่มนี้จะรู้สึกล้มเหลว บุคคลที่ไม่ได้รับการฝึกฝนเตรียมในการทำงานเพียงพอ เมื่อต้องทำงานภายใต้ความกดดันจะมีความเครียดสูง ประสบกับภาวะข้อคในการปฏิบัติงาน เมื่องานมีได้เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้

นอกจากนี้พบผลการวิจัยเพิ่มเติมว่า บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหา

จากผลการวิจัยที่พบเพิ่มเติมว่า บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหา นั่นคือ บุคลิกภาพของผู้ดูแลที่ต่างกันจะมีกลวิธีจัดการกับปัญหาต่างกัน และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของตัวแปรจะพบว่า อิทธิพลของบุคลิกภาพในมิติสภาวะอารมณ์ (หวั่นไหว-มั่นคง) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงกว่า บุคลิกภาพในมิติของพฤติกรรมการแสดง (ชอบสังคม-เก็บตัว) ดังนั้น บุคลิกภาพในมิติสภาวะอารมณ์ (หวั่นไหว-มั่นคง) จึงมีความสำคัญต่อกลวิธีจัดการกับปัญหา มากกว่า บุคลิกภาพในมิติของพฤติกรรมการแสดง (ชอบสังคม-เก็บตัว) ซึ่งแนวคิดของ โรเบอร์ท และ จอห์น (Robert V. Kail; & John C. Cavanaugh. 2007) ก็ได้อธิบายถึงลักษณะของบุคลิกภาพที่มีความสัมพันธ์กับกลวิธีจัดการกับปัญหาเมื่อบุคคลประสบกับความเครียดไว้ว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพเป็นแบบเครียดง่าย ชีโมโห ดู ก้าวร้าว กระสับกระส่าย ใจร้อน อยู่ไม่นิ่ง เมื่อประสบกับปัญหาหรือเกิดความทุกข์ใจ จะมีแรงจูงใจ มีทัศนคติที่ดีในการเร่งแก้ไขปัญหา และปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาย่างเคร่งครัด ขณะที่ผู้ที่มีบุคลิกภาพในทางตรงข้าม คือ ใจเย็น ปล่อยให้ทุกอย่างที่เกิดขึ้นดำเนินไปเรื่อยๆ และเมื่อประสบกับปัญหาก็จะไม่เร่งแก้ไขจนทำให้เกิดผลเสียตามมาได้ เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข จนทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ก็ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Muldary. 1983: 1-3) ถึงแม้ว่าตามรายงานที่กล่าวข้างต้นจะจัดแบ่งบุคลิกภาพไม่เหมือนกับแนวคิดของ จุง (Carl G. Jung. 875 – 1961; อ้างอิงจาก สุชา จันทน์เอม. 2535) แต่รายงานนี้ก็ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของบุคลิกภาพที่ส่งผลต่อการจัดการกับปัญหาที่ต่างกัน

ส่วนผลการวิจัยที่พบเพิ่มเติมว่า บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียด กลวิธีจัดการกับปัญหา และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีลักษณะอารมณ์หวั่นไหว จะมีกลวิธีจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายสูง และเมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายสูง จะทำให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่ำลง ซึ่งผลการวิจัยในส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์ (นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์. 2534: 63) ที่ว่า บุคลิกภาพที่ต่างกันมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีบุคลิกภาพประเภทอารมณ์หวั่นไหว มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงสุด และบุคลิกภาพเชิงสภาวะอารมณ์สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายได้ รวมถึงการศึกษาของ พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา (พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา. 2537) ก็พบว่า บุคลิกภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ชิมิซุทานิ และคณะ (Masahiro SHIMIZUTANI; et al. 2008) ที่พบว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับกลวิธีจัดการกับปัญหาและความเหนื่อยหน่าย โดยได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลกับลักษณะบุคลิกภาพและกลวิธีจัดการกับปัญหา ผลจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อารมณ์หวั่นไหวง่าย จะเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายในงาน เหนื่อยหน่ายบุคคลที่เกี่ยวข้อง และเหนื่อยหน่ายผู้ป่วยที่ให้การดูแล สูงกว่าผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert)

แต่ขณะเดียวกันพยาบาลทั้งกลุ่มที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อยู่ในระดับสูง อารมณ์หวั่นไหวง่าย และกลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert) เมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย จะใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพยาบาลได้ถูกฝึกให้ใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพมาจากหลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาล และอีกส่วนหนึ่งถูกฝึกอบรมมาจากครอบครัว ดังนั้นการศึกษาที่กล่าวถึงในส่วนนี้อาจสนับสนุนผลการศึกษาที่พบเพียงบางส่วน คือ พยาบาลทั้งกลุ่มที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อยู่ในระดับสูง อารมณ์หวั่นไหวง่าย และกลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert) เมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย จะใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ ซึ่งต่างจากผลการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีลักษณะอารมณ์หวั่นไหว จะมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลหลัก ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง โดยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน (วรารวรรณ ยศธรรมเสนี. 2537: 19) จึงเป็นจุดที่แตกต่างกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อนที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

1.2 ตัวแปรความเครียด

จากสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า “ความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล” ผลการทดสอบพบว่า ความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษา จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ได้ข้อค้นพบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายสูงขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ต้องอุทิศตนในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความยุ่งเหยิงภายในครอบครัว ครอบครัวต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ และผู้ดูแลเองก็มีงานที่ต้องทำมากมาย ท่วมท้นไปหมด และเมื่อปัจจัยเหล่านี้ยังคงอยู่โดยไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ดูแลจะเกิดความเครียด มีความอ่อนล้าทางตัว ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นระยะเวลา ยาวนาน บางครั้งผู้ดูแลจะรู้สึกว่าสถานการณ์ปัญหาหลายอย่างดูเหมือนจะแก้ไขได้ลำบาก รู้สึกว่าทุกอย่างสิ้นหวังไปหมด และเป็นการยากที่จะรวบรวมพลังให้กลับมาสามารถดูแลผู้ป่วยได้ จึงปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามยถากรรม (Melinda Smith; et al. 2007: online) จนกระทั่งความรุนแรงของอาการเหนื่อยหน่ายพัฒนาไปสู่ระดับที่เพิ่มมากขึ้น โดยบทความนี้สอดคล้องกับที่ ฟรอยด์เนทเบอร์เกอร์ (Freudenberger. 1974) กล่าวไว้ว่า ความเหนื่อยหน่ายเป็นอาการเหนื่อยล้า หรืออ่อนเพลีย ที่เกิดจากการทำงานหนักภายใต้แรงกดดัน เพราะผู้รับบริการเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก และไม่หยุดหย่อน (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542; อ้างอิงจาก Freudenberger. 1974; ไกรวุฒิ พงศ์เกษม. 2550: ออนไลน์)

และมีผลการวิจัยที่พบเพิ่มเติมว่า ความเครียดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล นั่นคือ การที่ผู้ดูแลมีความเครียดสูงจะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายสูง และเมื่อผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายสูงก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยต่ำลง จากข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ เบเกอ (Baker. 1989) ที่ได้ศึกษาความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และรายงานว่าสมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยต้องประสบกับความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองแล้วประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย หลายครอบครัวมีความเครียดเรื้อรังอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ญาติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้ การที่บุคคลทำงานมากเกินไป ก็ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงได้ (Mulday. 1983: 1-3) และการศึกษาของ พสุ เดชะรินทร์ (พสุ เดชะรินทร์. 2536: 87-88) ก็ได้อธิบายไว้เช่นกันว่า ความเครียดมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลงเกิดความท้อถอยหรือทำงานไม่สำเร็จตามกำหนดที่ตั้งไว้ และทำให้เกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนาน ต่อเนื่องจากการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นภาระให้กับครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ ฯลฯ จนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง จากข้อมูลสนับสนุนที่กล่าวข้างต้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ความเครียดของผู้ดูแลมีอิทธิพลทางอ้อมในทางลบต่อพฤติกรรมการดูแล

1.3 ตัวแปรกลวิธีจัดการกับปัญหา

จากสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า “กลวิธีจัดการกับปัญหา มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล” ผลการทดสอบพบว่า กลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ได้ข้อค้นพบว่า การที่ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่สูงด้วย และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของตัวแปรจะพบว่า อิทธิพลของกลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยความสามารถของตนเอง และการจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีความสำคัญมากกว่าการหลีกเลี่ยงปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus; & Folkman. 1984) ที่อธิบายไว้ว่า กลวิธีจัดการกับปัญหา จัดเป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึงการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลในการแก้ไข หรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อทำให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนั้นคลี่คลายลง โดยลักษณะการทำงานของกลวิธีจัดการกับปัญหามี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และลักษณะที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งลักษณะการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ กลวิธีจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง คือ การที่ผู้ดูแลพยายามใช้ความสามารถของตนเองมาจัดการกับปัญหา หรือความเครียด และกลวิธีจัดการโดยอาศัย

แหล่งสนับสนุนอื่นๆ คือ การที่ผู้ดูแลพยายามหาความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ในการจัดการกับปัญหา หรือความเครียด ส่วนลักษณะการจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ กลวิธีการจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งจะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข (วิธนา มิ่งเมือง. 2540; อ้างอิงจาก McCrae; & Costa. 1986; Cite in Kleinke. 1997; Lazarus; & Folkman. 1984)

2. อิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลที่มีต่อตัวแปรผล ซึ่งประกอบด้วย ความเครียด กลวิธีจัดการกับปัญหา ความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2.1 สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย

จากสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า “สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล” ผลการทดสอบพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ได้ข้อค้นพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่เป็นมานานหรือมีมากจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูงขึ้น และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของตัวแปรจะพบว่า อิทธิพลของสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ในส่วนที่เกี่ยวกับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีความสำคัญมากกว่า การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ทั้งนี้ การที่ตัวแปรระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีความสำคัญมากกว่า มากกว่าตัวแปรการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการความผิดปกติในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง (มานิตย์ ศรีสุภานนท์; และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542; มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุขนิชย์. 2548; National Research Council of Thailand. 2007:online) จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน และผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (World Health Organization. 2001) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาการรักษาด้วยยาในขนาด และระยะเวลาที่เหมาะสม ร่วมกับการบำบัดทางด้านจิตสังคม รวมถึงการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Gale Encyclopedia of Medicine. 2002: online) ดังนั้น “ผู้ดูแลหลัก” (primary caregiver) จึงต้องเผชิญอยู่ในสถานการณ์ของการดูแลโดยตรง เนื่องจากสภาพปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมแยกตัว ซึมเศร้า เคลื่อนไหวน้อย ไม่ใส่ใจต่อ สิ่งสิ่งแวดล้อม ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ และขาดการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งผู้ดูแลได้ใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกข์ทรมาน และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ เกิดอาการซึมเศร้าเมื่อการดูแลไม่บรรลุผลสำเร็จและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ (วรารวรรณ ยศธรรมเสนี. 2537; อ้างอิงจาก Kane. 1984: 21) ขณะที่ผู้ดูแลบางรายก็จะทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหารนอนไม่หลับจนสุขภาพทรุดโทรม (นันทิกา ทวีชาชาติ; และคณะ. 2539) ปฏิบัติเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึง

การที่ผู้ดูแลมีปฏิริยาการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจต่อความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนาน ต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือความเครียดเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุในเวลาเดียวกัน ผู้ดูแลจะไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไปและต้องพบกับภาวะที่อ่อนล้า หมดกำลังในการที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ไปในที่สุด (Selye. 1956)

ส่วนอิทธิพลของตัวแปรการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่พบว่า มีความสำคัญน้อยกว่า 2 ตัวแปรที่กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้เนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบอย่างรุนแรงจนแพทย์พิจารณาให้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการรักษาด้วยยาและการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548: 131-132)

และจากสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า “สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล” ผลการทดสอบพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมในทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ได้ข้อค้นพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่เป็นมานานหรือมีมาก จะทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายสูงขึ้น ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยต่ำลง และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของตัวแปรจะพบว่า อิทธิพลของสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในส่วนที่เกี่ยวกับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรค จิตเภท และ การที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีความสำคัญมากกว่า การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการความผิดปกติในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง (มานิตย์ ศรีสุภานนท์; และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542; มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548; National Research Council of Thailand. 2007: online) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน (World Health Organization. 2001) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการที่ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเครียดในการทำงานที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรัง (Yee. 1981: 14; Duxbury. 1984: 113; Maslach. 1986: 3) และความเครียดมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง เกิดความท้อถอยหรือทำงานไม่สำเร็จตามกำหนดที่ตั้งไว้ และทำให้เกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงานได้ (พลู เตชะรินทร์. 2536: 87-88) สอดคล้องกับที่ เบเกอ (Baker. 1989) ได้รายงานผลการศึกษาค่าความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ระบุว่า สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ต้องประสบกับความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองแล้วประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย

นอกจากนี้ ยังพบผลการวิจัยเพิ่มเติม ว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ทำให้ได้ข้อค้นพบว่า สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นมานานหรือมีมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยต่ำลง ซึ่งผลการวิจัยในส่วนที่พบเพิ่มเติมนี้ สามารถแสดงให้เห็นเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรผลได้เพิ่มขึ้นจากสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ ความคิด และอารมณ์ พบมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน อาการความผิดปกติมักเริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช. 2542; มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548; National Research Council of Thailand. 2007: online) บุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน (World Health Organization. 2001) “ผู้ดูแลหลัก” (primary caregiver) จึงต้องเผชิญอยู่ในสถานการณ์ของการดูแลโดยตรง เนื่องจากสภาพปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมการแยกตัว ซึมเศร้า เคลื่อนไหวน้อย ไม่ใส่ใจต่อสิ่งสิ่งแวดล้อม ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ และขาดการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งผู้ดูแลได้ใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกข์ทรมาน และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ เกิดอาการซึมเศร้าเมื่อการดูแลไม่บรรลุผลสำเร็จและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ (วรารวรรณ ยศธรรมเสนี. 2537; อ้างอิงจาก Kane. 1984: 21) ขณะที่ผู้ดูแลบางรายก็จะทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสุขภาพทรุดโทรม (นันทิกา ทวีชาชาติ; และคณะ. 2539) ปฏิกริยาเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึง การที่ผู้ดูแลมีปฏิกริยาการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจต่อความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนาน ต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือความเครียดเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุในเวลาเดียวกัน ผู้ดูแลจะไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไปและต้องพบกับภาวะที่อ่อนล้า หมดกำลังในการที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ไปในที่สุด (Selye. 1956) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการที่ผู้ดูแล อาจเกิดภาวะเครียดในการทำงานที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้น จนกลายเป็นความเครียดเรื้อรัง (Yee. 1981: 14; Duxbury. 1984: 113; Maslach. 1986: 3) และความเครียดก็มีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดน้อยลง เกิดความท้อถอยหรือทำงานไม่สำเร็จตามกำหนดที่ตั้งไว้ และทำให้เกิดทัศนคติไม่ดีต่อการทำงานได้ (พสุ เดชะรินทร์. 2536: 87-88) สอดคล้องกับที่ เบเกอร์ (Baker. 1989) ได้รายงานผลการศึกษาค่าความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ระบุว่า สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ต้องประสบกับความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองแล้วประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย

2.2 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

จากสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า “ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล” ผลการทดสอบพบว่า ระยะเวลาที่มีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อความเครียดและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแล ผ่านความเหนื่อยหน่าย จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานับสนุนสมมติฐานส่วนนี้ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ได้ข้อค้นพบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานมากขึ้นจะทำให้ความเครียดลดลง แต่ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่นานจะมีความเครียดสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ เซเย่ (Selye.1956) ที่อธิบายถึงระยะของการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล โดยอธิบายว่า เมื่อบุคคลรู้ตัวว่ากำลังประสบกับความเครียดในระยะแรกจะรู้สึกตกใจ จะโต้ตอบสิ่งที่มากระตุ้นทันทีทันใด ไม่มีโอกาสพิจารณาหรือตั้งสติกับเหตุการณ์ ระยะนี้จะเป็นระยะสั้น ๆ ต่อมาเมื่อบุคคลได้มีเวลาทบทวนที่มาของความเครียด และคิดหาวิธีที่จะนำมาใช้ในการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับความเครียด และการศึกษาของ เบเกอ (Baker. 1989) ก็ได้อธิบายให้เห็นถึงความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ว่า สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยต้องประสบกับความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองแล้วประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย หลายครอบครัวมีความเศร้าโศกอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ญาติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

ผลการทดสอบสมมติฐานอีกส่วนหนึ่งยังพบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานับสนุนสมมติฐานส่วนนี้ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ได้ข้อค้นพบว่า ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานส่งผลให้มีความเหนื่อยหน่ายน้อยลง และเมื่อความเหนื่อยหน่ายน้อยลงก็จะทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิริบอگاและ ไบเล่ย์ (Chiriboga; & Bailey. 1986: 84 - 91) ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย จะเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก และการศึกษาของ ลีระยา สัมมาวาจ. 2532: 48; นวลอนงค์ ศรีชัยรัตน์. 2534: 95; จันทรา วีรปฏิญญา. 2537: 116) ก็พบเช่นกันว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 5 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 6 - 10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ตามลำดับ และแมชแลช (Maslach. 1986: 60) ก็ได้อธิบายไว้เช่นกันว่า ระยะเวลาเป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึงประสบการณ์ในการทำงาน โดยบุคคลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าบุคคลที่ปฏิบัติงานมาระยะสั้น ทั้งนี้เพราะวิวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้บุคคลมีการปรับตัว มองโลกกว้างไกลและสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังพบผลการวิจัยเพิ่มเติมว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผ่านความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ทำให้ได้ข้อค้นพบว่า ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมานานความเครียดจะลดลง ส่งผลให้มีความเหนื่อยหน่ายน้อยลงและเมื่อความเหนื่อยหน่ายน้อยลง ก็ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสูงขึ้น ซึ่งผลการวิจัยในส่วนที่พบเพิ่มเติมนี้ สามารถแสดงให้เห็นเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรผลได้เพิ่มขึ้นจากสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ มีการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ คือ การศึกษาของ จิริบอگاและ ไบเลย์ (Chiriboga; & Bailey. 1986: 84 - 91) ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยจะเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก และการศึกษาของ สิริยา สัมมาวาจ. 2532: 48; นวลอนงค์ ศรีธีรัตน์. 2534: 95; จันทรา วีรปฏิญญา. 2537: 116) ก็พบเช่นกันว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 5 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 6 - 10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ตามลำดับ และ แมซแลช (Maslach. 1986: 60) ก็ได้อธิบายไว้เช่นกันว่า ระยะเวลาเป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึงประสบการณ์ในการทำงาน โดยบุคคลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าบุคคลที่ปฏิบัติงานมาระยะสั้น ทั้งนี้เพราะวัยวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้บุคคลมีการปรับตัว มองโลกกว้างไกลและสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น

2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จากสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า “ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล” ผลการทดสอบพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผ่านความเหนื่อยหน่าย จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ได้ข้อค้นพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายต่ำลง และการที่ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายต่ำลง จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของตัวแปรจะพบว่า อิทธิพลของความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การดูแลตนเองด้านการรับประทานยา และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา มีความสำคัญมากกว่าตัวแปรอื่น ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลด้อยลงในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การเรียนหนังสือ การทำงาน การขาดที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกับผู้คนในสังคม และการดำเนินชีวิตในสังคม (Kek N., Mazumdar P., Shields R. 2000) ดังนั้น จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน (World Health Organization. 2001) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้ชีวิตในระดับต่ำ ผู้ดูแลต้องให้ความเอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือเกือบทั้งหมด ตลอดเวลา จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง (เชษฐี พงศ์อนุตรี. 2531; วรช นธิกุล. 2535; มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน. 2544) และการได้รับความกดดันทางอารมณ์อย่างซ้ำซาก จากการที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับคนเป็น

เวลานาน และจากการที่เป็ ผู้ให้บริการมากกว่าผู้รับ ผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยหน่าย มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เกิดความรู้สึกที่ช่วยตนเองไม่ได้ หมดหวัง ขาดความสนใจ และขาดความกระตือรือร้นในการทำงานและการดำเนินชีวิต (Pines; & Aronson. 1981) แต่ถ้าพิจารณาในทางกลับกัน โดยใช้แนวคิดของ มัลดารี (Muldary. 1983: 1-3) ที่อธิบายว่า การที่บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพใน การให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงก็จะสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง โดยเฉพาะความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล และด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา จะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลง และจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น

2.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า “การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่านกลวิธีจัดการกับปัญหา” ผลการทดสอบพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่านกลวิธีจัดการกับปัญหา จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ ซึ่งผลการศึกษานี้ทำให้ได้ข้อค้นพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะช่วยให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของตัวแปรจะพบว่า อิทธิพลของการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสำคัญมากกว่า การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน

ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะช่วยให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้ชีวิตการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antonovsky. 1982: 189-190; Lazarus; & Folkman. 1984: 249 - 251) และ การได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมถึงครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ยามทุกข์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Lazarus; & Folkman.1984: 249 - 251; Cohen; & Wills. 1985: 44-46) นอกจากนี้ แมซแลช (Maslach. 1986) ก็ได้กล่าวไว้เช่นกันว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่าช่วยให้บุคคลสามารถสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ที่บุคคลนั้นไม่สามารถสร้างเองได้ อันได้แก่ ข่าวสารใหม่ๆ ทักษะความชำนาญ การเรียนรู้ การประคับประคองทางอารมณ์ และพบว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะขาดแนวทางในการ

ดำเนินชีวิตที่ดี ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น จึงเป็นเสมือนเครื่องปิดกั้นความเครียด หรือมีผลในการดูดซับความเครียดออกไป (Cohen; & Wills. 1985: 310 - 313) และจากการสัมมนาผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ก็พบว่า ผู้ดูแลมีความเห็นสอดคล้องกันว่าการได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน หรือคนอื่นๆ ในชุมชน ทำให้รู้สึกที่ตัวเองไม่ต้องอยู่คนเดียวในโลก ยังมีที่พึ่ง อย่างเช่นเวลาที่ผู้ป่วยอาละวาด ทำร้ายคนในบ้าน หรือผู้ดูแลเอง ก็จะมีเพื่อนบ้านที่ให้ที่พักสำหรับหลบหนีการอาละวาดของผู้ป่วย และเพื่อนบ้านก็ยังช่วยจับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจิตเวชด้วย นอกจากนี้ ญาติ หรือคนในครอบครัวยังช่วยเตือนสติไม่ให้ตนเองรู้สึกท้อแท้ หรือทำในสิ่งที่ไม่ถูกไม่ควร เช่น เมื่อผู้ดูแลมีความคิดจะฆ่าผู้ป่วย หรือไม่สนใจในความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ฯลฯ ดังนั้น จึงมีเหตุผลสมควรว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ น่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผลการทดสอบยังพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะส่งผลให้มีกลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และการที่ผู้ดูแลมีกลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ ลาซารัส และ โพลด์แมน (1984) และ โคเฮนและวิลส์ (1985) (Lazarus; & Folkman. 1984: 249-251; Cohen; & Wills. 1985: 44-46) ที่อธิบายไว้ว่า การได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมถึงครอบครัว ในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ยามทุกข์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับความผิดปกติของโรคจิตเภท วิธีจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การลดความรู้สึกทุกข์ของผู้ดูแล และการช่วยสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแล จะช่วยทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย (พวงสร้อย วรกุล, นันทิกา ทวีชาติ; และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. 2007) จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง โดยเฉพาะด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ น่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีกลวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพน่าจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงขึ้น

3. อิทธิพลของความเหนื่อยหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.1 ตัวแปรความเหนื่อยหน่าย

จากสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า "ความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล" ผลการทดสอบพบว่า ความเหนื่อยหน่าย มีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อพฤติกรรมการดูแล จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ ซึ่งผลการศึกษานี้ทำให้ได้ข้อค้นพบว่า ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยต่ำลง

และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของตัวแปรจะพบว่า อิทธิพลของความรู้สึกไม่ประสบผลสำเร็จในงาน ซึ่งในที่นี้ในงาน หมายถึง การดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญสูงสุด ผลการวิจัยในส่วนนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ แมซแลช (Maslach. 1986: 3) ที่ได้เผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเกิดความเหนื่อยหน่าย ในวารสาร Human Behavior ในปี ค.ศ.1976 โดยอธิบายถึงกระบวนการเกิดความเหนื่อยหน่าย และได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องความเหนื่อยหน่าย ในกลุ่มบุคคลที่มีอาชีพด้านการบริการหลายอาชีพ ได้ให้ความหมาย “ความเหนื่อยหน่าย” ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย ท้อแท้ใจ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น ทำให้มีอัตมโนทัศน์และทัศนคติทางลบต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ เป็นผลสืบเนื่องมาจากความเครียดจากการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานด้านบริการซึ่งต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดเวลา ในฐานะผู้ให้บริการ ต้องเผชิญกับปัญหาและรับฟังความทุกข์ยากของผู้คนอยู่ตลอดเวลา เช่นเดียวกันที่บางครั้งผู้ดูแลจะรู้สึกว่าสถานการณ์ปัญหาหลายอย่างดูเหมือนจะแก้ไขได้ลำบาก รู้สึกว่าทุกอย่างสิ้นหวังไปหมด และเป็นการยากที่จะรวบรวมพลังใจกลับมาสามารถดูแลผู้ป่วยได้ จึงปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามยถากรรม (Melinda Smith; et al.2007: online) และ มัลดารี (Muldary. 1983: 1 - 3) ก็อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลทำงานมากเกินไป จะทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงด้วย ดังนั้น จึงมีเหตุผลสมควรว่า ความเหนื่อยหน่ายน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่า ตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล คือ บุคลิกภาพ โดยเฉพาะอิทธิพลของลักษณะของบุคลิกภาพในมิติสภาวะเชิงอารมณ์ (หวั่นไหว – มั่นคง) และตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ตัวแปรระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ตัวแปรสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย โดยเฉพาะอิทธิพลของระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย และการมีอาการกำเริบ มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียด ดังนั้น หน่วยงานจึงควรจัดทำมาตรฐานแนวปฏิบัติการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแลตามที่กล่าวข้างต้น และให้การช่วยเหลือด้วยการให้การปรึกษาหรือกิจกรรมที่ช่วยคลายเครียดให้กับผู้ดูแล เนื่องจากการที่ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง จะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายลดลง และเมื่อความเหนื่อยหน่ายลดลง ก็จะส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง โดยเฉพาะอิทธิพลของความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการรับประทานยา และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา มีความสำคัญมากที่สุด ที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายต่ำลง และการที่ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายต่ำลง จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น หน่วยงานจึงควรเร่งรัดให้ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จัดทำแนวปฏิบัติการณ์ฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

1.3 จากผลการวิจัยที่พบว่า การที่ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยความสามารถของตนเอง และการจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่นๆ มีความสำคัญมากที่สุด ที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น ดังนั้นหน่วยงานควรส่งเสริมให้บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้จัดทำกิจกรรมการฝึกอบรมผู้ดูแลให้สามารถใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสำคัญมากกว่า การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน จะช่วยให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และการที่ผู้ดูแลมีกลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ดังนั้นทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องวางแผนให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสารที่จำเป็นกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับ วิธีการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การลดความทุกข์จากการดูแลผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการให้การปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1 การออกแบบการวิจัยครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) มีการเก็บข้อมูลในแต่ละช่วงเวลา กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นการออกแบบการวิจัยที่ทำให้เกิดความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปรได้ดีขึ้น โดยเฉพาะตัวแปรสาเหตุในกลุ่มสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรผล และผลการวิจัยทำให้สามารถระบุระยะเวลาที่ชัดเจนได้ว่า ระยะเวลาเท่าไรที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายสูงสุด หรือระยะเวลาเท่าไรที่อิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายต่ำสุด โดยการออกแบบการวิจัยในลักษณะนี้จะช่วยให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรผลได้ชัดเจนกว่า

2.2 ในผลการวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรสาเหตุในแบบจำลอง ได้แก่ บุคลิกภาพ ความเครียด ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยหน่ายได้เพียงร้อยละ 58 แสดงว่า น่าจะมีตัวแปรอื่นที่ยังสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ เช่น ฐานะเศรษฐกิจ อายุ ทักษะคติต่อการดูแลผู้ป่วย ฯลฯ

2.3 ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจมีการปรับแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยอัมพาต ฯลฯ





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กิตติ แสงเทียนฉาย. (2531). การศึกษาความท้อถอยของครูและสาเหตุในโรงเรียน
มัธยมศึกษาของเขตการศึกษา 7. ปรินซ์นิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ไกรวรรณ เจริญกุล. (2539). การจัดกลุ่มบำบัดแบบปรับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ
ผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 4(3): 167-178.
- ไกรวุฒิ พงศ์เกษม. (2550). *Burnout (ความเหนื่อยล้าในการทำงาน)*. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ
วันที่ 1 เมษายน 2551, จาก <http://www.pantown.com/board.php?id>.
- ขวัญจิตร ยิ่งยวด. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของ
ครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- งามตา วณิชานนท์. (2546). เทคนิคการประมวลเอกสารเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จินตนา ญาติบรรทุง. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสร้างสรรค์กับระดับความเหนื่อยหน่าย
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม.
(บริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์ภา วีระปฏิญา. (2537). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในการทำงานของ
พยาบาล สังกัดสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย. 33(1):99-105.
- ชูชัย สมितिไกร. (2546, มกราคม-มิถุนายน). ลักษณะบุคลิกภาพและความสำเร็จในการทำงาน.
มนุษยศาสตร์. 4(1): 25-48.
- ชูเกียรติ ปานปรีชา. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ณัฐพงศ์ อนุวัตรรณรงค์. (2540). การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธและชาวมุสลิมในภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดุจเดือน พันธมนาวิน. (2546). เคล็ดลับในการประมวลเอกสารเพื่อเขียนเค้าโครง/รายงานการวิจัยที่เข้ามาตรฐานสูงทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ทิพย์สุดา จันทร์แจ่มหล้า. (2544). ปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). โมเดลลิสม์เรล : สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลอนงค์ ศรีธัญรัตน์. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นันทิกา ทวิชาชาติ; และคณะ. (2539). การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบกลุ่ม. การป้องกันกำเริบของโรคจิตเภท: คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: Advisory Board.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์; และ ชนมณ สุยะชีวัน. (2536). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร. 11(1): 29-35.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2540). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- บุญวดี เพชรรัตน์; และพีไลรัตน์ ทองอุไร. (2535). การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยทางจิต. รายงานการวิจัย. สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา. (2537). อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงานและ
แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล ใน
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ; และคณะ. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(2): 45-54.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2525, 5 กรกฎาคม – กันยายน). ความเหนื่อยหน่าย. วารสารคณะ
พยาบาลศาสตร์. 45 - 46.
- (2531, มีนาคม). ศาสตร์การดูแล : กระפיของวิชาชีพพยาบาล. สารสภากการพยาบาล.
3-9: 22.
- พสุ เตชะรินทร์. (2536). การบริหารความเครียด สาเหตุ ผลกระทบและการควบคุม.
วารสารจุฬาลงกรณ์. 5(20): 83-96.
- פורยเดนเบอร์เกอร์; เฮอร์เบอร์ท เจ.; และ ริเชลสัน เกอราติน. (2531). จิตสลาย : ราคาของ
ความสำเร็จที่แพงลิบ. แปลโดย มาลินี วงศ์พานิช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- ภาวดี การเร็ว. (2541). ความสม่ำเสมอในการรับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท
โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญา ส.ม. ชัยงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล; และ พรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
ตเวทตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 9 (3): 113-127.
- มยุรี กลั้ววงษ์. (2552). รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ป่วยโรคจิตเภท. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มยุรี เถลัดดา. (2536). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล
เยี่ยมบ้าน สำนัก่อนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การบริหารสาธารณสุข).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มยุรี เพชรอักษร. (2532). กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
โอ.เอส.พรินติ้ง เฮ้าส์.
- มานิตย์ ศรีสุภานนท์; และ จำลอง ดิษยวณิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์
แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล; และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยอดสร้อย วิเวการรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ยี่สุน ใจดี. (2540). *ปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแลในโรงพยาบาลรามาธิบดี*.
 วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาธิบดี
 พยาบาลสาร*. 2(1):84-94.
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลก
 ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช).
 เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*.
 วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์. (2550). *ฐานข้อมูลผู้มารับบริการ ณ โรงพยาบาล
 จิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์*. งานแผนงานและสารสนเทศ.
- วรกช นิธิกุล. (2535). *การศึกษาค่าความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.
 (จิตวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วราวรรณ ยศธรรมเสนี. (2537). *การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทางจิต*. ม.ป.พ.
- วิณา มิ่งเมือง. (2540). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง
 ต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ*.
 วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วันเพ็ญ ยืนยงแสน. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*.
 วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. (2550). *โรคจิตเภท*. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2550,
 จาก <http://www.ecitizen.go.th>.
- สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2542, พฤษภาคม - สิงหาคม). *อาการเหนื่อยหน่ายในการทำงาน :
 ประวัติการพัฒนามโนทัศน์ ความหมาย และการวัด*. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับ
 สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*. 5(2):168-176.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดี*.
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
 ถ่ายเอกสาร.

- ศิริเนตร สุขดี. (2548). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- สีดา สุจริตกุล. (2541). *ความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชา จันทน์เอม. (2535). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่อง การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สันชัย วสุนธรา. (2547). *จิตเภท*. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- แสงสุรีย์ สำอางค์กุล. (2534). *เอกสารคำสอนการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิก 1 เล่ม 4*. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อรพินทร์ ชูชม. (2545). *เอกสารคำสอนวิชา วป 502 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Aiken, Lewis R. (2003). *Psychological Testing and Assessment*. 11th. ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Antonovsky, A. (1973). The Utility of the Breakdown Concept. *Journal of Social Science and Medicine*. 7:605-612.
- Baker, A. F. (1989). Living with a chronically in schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit.. *Journal of Psychosocial Nursing*. 27(1): 31-35.
- Bloom, Joan R. (1990). The relationship of Social Support and Health. *Social Sciences and Medicines*. 30(5): 635 – 637.
- Bollen, Kenneth A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. New York: John Wiley & Sons.
- British Columbia communities of Delta. *Psychosis*. [serial online] 2006. Available from: [URL:http://www.psychosissucks.ca/epi/index.cfm?action=whatispsych](http://www.psychosissucks.ca/epi/index.cfm?action=whatispsych). Accessed June 13, 2006.
- Brandt, P.A.; & Weinert, C. (1985). PRQ : *Psychometric update*. Un-publishing Manuscript, University of Washington , School of Nursing, Washington DC.
- Canadian Mental Health Association, Ontario Division. *Stigma and Discrimination around Mental Disorders and Addictions*. [serial online] 2006. Available from: www.heretohelp.bc.ca. Accessed June 13,2006.

- Canadian Psychiatric Association. (1998). Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 43(Supp2).
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in the Human Service Organizations*. New York : Praeger.
- Chesla, C.A. (1996). *Clients with Schizophrenia and other psychotic disorders*. In H.S. Wilson C.R. tineisl (Ed.). *Psychiatric Nursing* (5th ed.). (pp.297-322). Menlo Parts: Addison-Wesley Nursing.
- Chiriboga, D.A.; & Bailey, J. (1986, 9 December). Stress and Burnout among Critical Care and Medical Surgical Nurses : a comparative study. *Critical Care Quartely*. 84-92.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985, February). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98: 310 – 357.
- Comrey, A.L.; & Lee, H.B. (1992). *A First Course in Factor Analysis* (2nd). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated.
- Diamantopoulos, Adamantios. ;& Siguaw, Judy A. (2000). *Introducing LISREL*. London: SAGE.
- Dolan, Nuala. (1987, January). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 12: 113 – 118.
- Duxbury, Mitzi L. (1984, March). Nurse burnout in high stress work settings. *Surgical Rounds*. 113 – 118.
- EPPIC Statewide Service. *What is Psychosis?*. [serial online] 2006. Available from: www.eppic.org.au/docs/info1.pdf. Accessed June 12, 2006.
- Gale Encyclopedia of Medicine. *Psychosis*. [serial online] 2002. Available from : www.schizophrenia.com. Accessed June 12, 2006.
- Hair, Joseph F. ; Anderson, Rolph E. ;Tatham, Ronald L. ;& Black, William C. (1995). *Multivariate Data Analysis with Readings*. 4th.ed. Englewood Cliftsice-Hall.
- Ip, K.S.H.; & McKenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness as home: The experiences of family cares in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5): 288-294.
- Keks N, Mazumdar P, Shields R. (2000). New developments in Schizophrenia. *Australian Family Physician*. 29: 129-31,135-6.
- Kelloway, E Kavin. (1998). *Using LISREL for Structural Equation Modeling: A Researcher' s Guide*. Thousand Oaks: SAGE.
- Kline, Rex B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 2nd. ed. New York : The Guilford Press.
- Larocco, J.M., House, J.S.; & French, J.R., J.R.P. Social Support, Occupational Stress and Health. *Journal of Health and Social Behavior*. 21(September). 202 – 218.

- Lathlean, Judith; & Corner, Jessica. (1991). *Becoming a staff Nursing : A Guide to the Role of the Newly Registered Nurse*. New York: Prentice Hall.
- Lazarus and Folkman.(1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer-Verlag.
- Leininger. (1991). *Cultural care diversity and universality : A Theory of Nursing* .
New York: Natural league for nursing.
- Linda C.; & LouisEllen B. (1989). Issues in Psychiatric Care-giving. *Archives of Psychiatric Nursing*. 3(2):61 – 68.
- Maslach,C.; & Jackson, S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organization Behavior*. 2: 99-113.
- Maslach,C.; & Jackson, S.E.(1986). *Maslach Burnout Inventory*. New York: Consulting Psychologists Press.
- Maslach,C. (1986). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. 2nd ed. Palo Alto,CA : Consulting Psychologists Press.
- McConnell, Edwina A. (1982). *Burnout in the Professional : Coping Strategies, Causes and Cost*. St.Louis: C.V.Mosby .
- Melinda Smith; et al. (2007). *Preventing Burnout*. [serial online] 2007. Available from: http://www.helpguide.org/mental/burnout_signs_symptoms.htm. Accessed October 10,2007.
- Martha A. Churchill. (2007). *Social Security : How to prove you are disabled when you have a mental illness*. [serial online] 2007. Available from: <http://www.marthachirchill.com/ssmibasic.htm>. Accessed Mar 15,2007.
- Muldary, Thomas W. (1983). *Burnout : An Health Professional Manifestation and Management*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- NAMI. (2007). *Expert Consensus Treatment Guidelines for Schizophrenia: A Guide for Patient and Families*. [serial online] 2007. Available from:<http://www.psychguides.com/schi.pdf>. Accessed Mar 15,2007.
- National Research Council of Thailand. (2007). *Schizophrenia: What kind of illness is it?*. [serial online] 2007. Available from: www.nationmultimedia.com/2005/09/13/national/index.php?. Accessed Mar 15,2007.
- NIMH. (2007). *Schizophrenia*. [serial online] 2007. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/publicate/schizoph.cfm>. Accessed Mar 15,2007.
- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M.; & Carrieri, V.L. (1982). Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire normative data and validity testing. *Nursing Research*. 32,4-9.

- Pervin, Lawrence A. (1993). *Personality : Theory and Research*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons.
- Pines,A.; Aronson,E.; & Kafry, D. (1981). *Burnout : From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.
- Princess Alexandra Hospital Health Service District Mental Health Service. *Psychosis*. [serial online] 2006. Available from:URL:http://www.health.gld.gov.au/pahospital/docs/mental_health/psychosis.pdf. Accessed May 24,2006.
- Queensland Government. *Psychosis*. [serial online] 2006. Available from: [URL:http://www.health.gld.gov.au/rbwh/inbmhs/factsheet/psychosis.pdf](http://www.health.gld.gov.au/rbwh/inbmhs/factsheet/psychosis.pdf). Accessed May 24,2006.
- Robert V. Kail; & John C. Cavanaugh. (2007). *Human Development*. 4th ed. Canada : Thomson Wadsworth.
- Rochell L.C. (1987). Community Care of the Chronically Mentally Ill. *Journal of Psychosocial Nursing*. 25(1):33-37.
- Scazufca M.; & Kuipers E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry*. 174:154-158.
- Selye, Hans. (1956). *Stress : The physiology and pathology of exposure to systemic stress*. 2nd ed. New York : McGraw-Hill.
- Shimitzutani Masahiro, Odagiri Yuko, Ohya Yumiko; et al. (2008). Relationship of Nurse Burnout with Personality Characteristics and Coping Behaviors. *Industrial Health*. 46:326 – 335.
- Siam Health. (2007). *จิตเภท*. [serial online] 2007. Available from: <http://www.Lifedd.net/update>. Accessed Mar 15,2007.
- Schizophrenia Society of Canada. (2007). *What is Schizophrenia?*. [serial online] 2007. Available from:<http://www.schizophrenia.ca>. Accessed Mar 15,2007.
- Stubbs, D.C.; & Rook,C.A. (1985, January). The Stress, Social Support and Burnout of Critical Care Nurses : The Result of Research. *Heart and Lung*. 14 :31-39.
- Thailabonline. (2007). *What is Schizophrenia?*. [serial online] 2007. Available from : www.thailabonline.com/mental-psycho.htm. Accessed Mar 15,2007.
- Thai Medical Web co.,Ltd. (2550). *โรคจิตเภท*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.thaimedical.com/article_htdocs/article_detail.asp?number . วันที่สืบค้น 8 มีนาคม 2550.
- Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance : Skill and role development in psychiatric care giving*. Dissertation. San Francisco : The University of California. Photocopied.

- Underwood. (1990). *Orem's self-care model : Principles and general application*. In W.Reynolds,& D.Cormack (Eds.), (Psychiatric and mental health nursing theory and practice (pp.175-330). London : Chapman & Hall.
- Watson, J. (1985). *The Philosophy and Science of Caring*. 2nd ed. New York : Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1989). *Watson philosophy and theory of human caring in nursing*. In *Concept Models for Nursing Practice*. pp.219 – 236. Edit by J.P.Riehl-Sisca. Connecticut : Appleton& Lange.
- Webster's New World Medical Dictionary. (2007). *Definition of ADLs (activities of daily living)*. [serial online] 2007. Available from: www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey. Accessed Mar 15,2007
- Wolf, Z.R. (1986, July). The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*. 8: 84 - 89.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Switzerland : World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *Schizophrenia: Youth's Greatest Disabler-A disabling disease*. P26. World Health Organization : Region Office for South-East Asia.
- Yee, B .H . (1981, November). The Dynamics and Management of Burnout. *Nursing Management*. 12: 14-16.





ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำแนะนำในการตอบ

แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อคำถามที่ประกอบด้วยข้อมูล 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติของผู้ดูแลเมื่อประสบปัญหา

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะได้จากการประเมินของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับที่พึ่งของผู้ดูแล

ส่วนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท)

ขอให้ท่านตอบโดยการเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย (X)

หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------|
| 1. เพศ |(1) ชาย | (2) หญิง | <input type="checkbox"/> |
| 2. อายุ.....ปี | | | <input type="checkbox"/> |
| 3. สถานภาพสมรส | | | <input type="checkbox"/> |
|(1) โสด | (2) คู่ |(3) หม้าย | (4) หย่า/แยก |
| 4. ระดับการศึกษา | | | <input type="checkbox"/> |
|(1) ไม่ได้เรียน |(5) ปวส./ปริญญาตรี | | |
|(2) ประถมศึกษา |(6) สูงกว่าปริญญาตรี | | |
|(3) มัธยมศึกษา |(7) อื่น ๆ (ระบุ)..... | | |
|(4) ปวช./อนุปริญญา | | | |
| 5. อาชีพ | | | <input type="checkbox"/> |
|(1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ |(4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | | |
|(2) ทำนา ทำสวน ทำไร่ |(5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | | |
|(3) รับจ้าง/ลูกจ้างบริษัทเอกชน |(6) อื่น ๆ (ระบุ)..... | | |

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงรหัส

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

6. รายได้ของผู้ดูแล/เดือน
-(1) ไม่มีรายได้(5) 15,001 – 20,000 บาท
-(2) ต่ำกว่า 5,000 บาท(6) 20,001 – 25,000 บาท
-(3) 5,000 – 10,000 บาท(7) 25,001 – 30,000 บาท
-(4) 10,001 – 15,000 บาท(8) มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป
7. ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยปี เดือน
8. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะใด
-(1) บิดา มารดา(5) ลูก ป้า
-(2) บุตร ธิดา(6) น้ำ อา
-(3) สามี ภรรยา(7) ลูกพี่ ลูกน้อง
-(4) พี่ น้อง(8) อื่น ๆ (ระบุ.....)
9. ท่านคิดว่าผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับใด
-(1) มาก(2) ปานกลาง(3) น้อย
10. ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามที่ตอบในข้อ 9 ท่านพิจารณาจากเหตุผลใด
-
-
11. แหล่งที่ท่านได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย
-(1) การพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างพาผู้ป่วยไปรับบริการ
-(2) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องการดูแลผู้ป่วย
-(3) การได้เข้ากลุ่มผู้ดูแลที่ทางโรงพยาบาลจัดให้เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
-(4) เอกสาร/หนังสือ/แผ่นพับ/สื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
-(5) จากผู้ดูแลคนอื่น ๆ
-(6) อื่น ๆ (ระบุ).....
-(7) ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเลย
12. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
- 12.1 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน.....เดือน.....ปี
- 12.2 จำนวนครั้งที่มืออาการกำเริบ.....ครั้ง
- 12.3 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน.....ครั้ง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ดูแล

คำแนะนำในการตอบ

ข้อคำถามในส่วนนี้คือข้อคำถามเกี่ยวกับความเป็นไป ความรู้สึก และการกระทำของท่านแต่ละคำถามมีช่องว่างข้างท้าย ให้ท่านเลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ” หรือ “ไม่ใช่”

พยายามตอบตามความเป็นจริงเท่าที่ท่านเคยทำหรือรู้สึก ว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ถ้าท่านแน่ใจว่าจะตอบอย่างไร ให้ทำเครื่องหมาย X ลงในวงเล็บตรงกับคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ถ้าท่านไม่แน่ใจว่าจะตอบอย่างไร ให้ทำเครื่องหมาย X ลงในวงเล็บที่มีเครื่องหมาย “?” แต่ให้ทำเช่นนี้เมื่อท่านไม่แน่ใจจริง ๆ เท่านั้น

โปรดอย่าใช้เวลาในการตอบคำถามนานเกินไปในแต่ละข้อ เราต้องการให้ท่านตอบสิ่งที่ท่านคิดได้เป็นครั้งแรก เมื่ออ่านจบประโยค และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด การทดสอบนี้ไม่เกี่ยวกับเชาวน์ปัญญาหรือความสามารถ แต่เป็นเพียงการทดสอบเกี่ยวกับความเป็นไปและการกระทำเท่านั้น

ข้อความ	ใช่	?	ไม่ใช่	สำหรับเจ้าหน้าที่ ลงรหัส
1. ท่านรู้สึกเป็นสุขที่ได้ร่วมในการทำงานที่ต้องใช้ความรวดเร็ว	()	()	()	<input type="checkbox"/>
2. บางครั้งท่านรู้สึกเป็นสุข บางครั้งเศร้าโดยไม่มีเหตุผล	()	()	()	<input type="checkbox"/>
3. ท่านมักใจลอยในเวลาที่ท่านต้องการมีสมาธิ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
4. ในการคบเพื่อนใหม่ท่านมักเป็นฝ่ายทำความรู้จักกับเขาก่อน	()	()	()	<input type="checkbox"/>
5. ท่านมักจะทำอะไรด้วยความรวดเร็วและเชื่อมั่นในการกระทำของท่าน	()	()	()	<input type="checkbox"/>
6. บ่อยทีเดียวที่ท่านคิดถึงเรื่องอื่นซึ่งไม่เกี่ยวกับเรื่องที่ท่านกำลังพูดอยู่	()	()	()	<input type="checkbox"/>
7. บางครั้งท่านมีความกระตือรือร้นอย่างมาก บางครั้งก็เฉื่อยชา	()	()	()	<input type="checkbox"/>
8. ท่านมีความเห็นว่าตัวท่านเป็นคนกระฉับกระเฉง กระปรี้กระเปร่า	()	()	()	<input type="checkbox"/>
9. ท่านจะรู้สึกไม่มีความสุขเลย ถ้าไม่ได้พบปะติดต่อกับคนอื่นหรือเข้าสังคมบ่อย ๆ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
10. ท่านมักอารมณ์เสียเสมอ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
11. ท่านมักมีอาการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีเหตุผลบ่อย	()	()	()	<input type="checkbox"/>
12. ท่านเป็นคนชอบลงมือทำมากกว่าเพียงแต่คิดไว้ว่าจะทำ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
13. ท่านมักคิดฝันในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้เสมอ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
14. เมื่อไปงานสังคมท่านมักไม่ใคร่แสดงตัว	()	()	()	<input type="checkbox"/>
15. ท่านมักชอบคิดคำนึงถึงอดีต	()	()	()	<input type="checkbox"/>
16. ท่านรู้สึกลำบากใจที่จะปล่อยให้สนุกสนานเต็มที่แม้จะอยู่ท่ามกลางงานรื่นเริง	()	()	()	<input type="checkbox"/>
17. ท่านเคยรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่มีเหตุผล	()	()	()	<input type="checkbox"/>
18. ท่านเป็นคนที่มีความรู้สึกผิดชอบชั่วดีมากเกินไป	()	()	()	<input type="checkbox"/>
19. บ่อยทีเดียวที่ท่านมักตัดสินใจช้าไป	()	()	()	<input type="checkbox"/>

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงรหัส

	ใช่	?	ไม่ใช่	
20. ท่านเป็นคนชอบทำความรู้จักกับคนอื่น ๆ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
21. ท่านมักนอนไม่หลับบ่อย ๆ เมื่อมีความวิตกกังวล	()	()	()	<input type="checkbox"/>
22. ท่านเป็นคนพิถีพิถันในการคบเพื่อน	()	()	()	<input type="checkbox"/>
23. ท่านเคยรู้สึกไม่สบายใจเมื่อได้ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ไม่ถูกต้อง	()	()	()	<input type="checkbox"/>
24. เวลาที่ท่านจะทำงานอะไรก็ตาม ท่านมักคิดว่ามันเป็นเรื่องคอขาดบาดตายเสมอ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
25. ท่านเป็นคนใจน้อย	()	()	()	<input type="checkbox"/>
26. ท่านชอบงานสังคม	()	()	()	<input type="checkbox"/>
27. ท่านมีความเห็นว่าตัวท่านเป็นคนมีอารมณ์ตั้งเครียด	()	()	()	<input type="checkbox"/>
28. ท่านมักชอบเป็นผู้นำของกลุ่ม	()	()	()	<input type="checkbox"/>
29. ท่านเคยรู้สึกหงอยเหงาเปล่าเปลี่ยวบ่อย ๆ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
30. ท่านรู้สึกกระดากอายเมื่ออยู่ต่อหน้าเพศตรงข้าม	()	()	()	<input type="checkbox"/>
31. ท่านชอบฝึกกลางวัน	()	()	()	<input type="checkbox"/>
32. ท่านมักมีคำแก้ตัวทันทีเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์	()	()	()	<input type="checkbox"/>
33. ท่านมักจะใช้เวลามากในการคิดคำนึงถึงความหลังที่น่าชื่นชม	()	()	()	<input type="checkbox"/>
34. ท่านมีความเห็นว่าตัวท่านเป็นคนทำอะไรตามสบาย	()	()	()	<input type="checkbox"/>
35. ท่านรู้สึกเหน็ดเหนื่อยและเบื่อหน่ายโดยไม่มีเหตุผลบ่อย ๆ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
36. เมื่อท่านอยู่ในกลุ่มที่มีการพบปะสังสรรค์ ท่านมักเป็นฝ่ายเจียบเฉย	()	()	()	<input type="checkbox"/>
37. หลังจากเหตุการณ์ร้ายแรงผ่านพ้นไปแล้วท่านมักคิดว่าท่านควรจะได้ทำอย่างใดอย่างหนึ่งลงไปเวลานั้น แต่ท่านไม่ได้ทำอย่างที่คิด	()	()	()	<input type="checkbox"/>
38. ท่านสามารถจะสนุกสนานเต็มที่ในงานรื่นเริง	()	()	()	<input type="checkbox"/>
39. ท่านมักคิดมากจนนอนไม่หลับ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
40. ท่านชอบทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจอย่างเต็มที่	()	()	()	<input type="checkbox"/>
41. ท่านเคยรู้สึกรำคาญตัวเองที่เกิดความคิดไร้สาระขึ้นบ่อย ๆ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
42. ท่านมักทำงานอย่างไม่ใคร่เอาจริงเอาจังนัก	()	()	()	<input type="checkbox"/>
43. ท่านเป็นคนใจน้อยไม่ว่าเรื่องอะไร	()	()	()	<input type="checkbox"/>
44. คนอื่น ๆ มีความเห็นว่าท่านเป็นคนกระฉับกระเฉง ร่าเริง	()	()	()	<input type="checkbox"/>
45. ท่านมักมีอาการขุ่นมัวบ่อย ๆ	()	()	()	<input type="checkbox"/>
46. ท่านมีความเห็นว่าตัวท่านเป็นคนช่างพูด	()	()	()	<input type="checkbox"/>
47. ท่านเคยรู้สึกกระวนกระวายจนนั่งไม่ติด	()	()	()	<input type="checkbox"/>
48. ท่านมักชอบเล่นไม่ซื่อกับคนอื่น	()	()	()	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ดูแล

คำแนะนำในการตอบ

ข้อคำถามในส่วนนี้จะประเมินความรู้สึกของผู้ดูแล ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละข้อแล้วโปรดพิจารณาว่า ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อข้อความในแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย X ลงใน ช่องแสดงระดับการประเมินที่เกิดขึ้นกับท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงรหัส

ข้อความ	ระดับการประเมิน				
	ไม่ เคย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. กลัวทำงานผิดพลาด					
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายบางอย่างที่วางไว้					
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงิน หรือ เรื่องงานในบ้าน					
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะ ในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6. เงินไม่พอจ่าย					
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9. ปวดหลัง					
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11. ปวดศีรษะข้างเดียว					
12. รู้สึกวิตกกังวล					
13. รู้สึกคับข้องใจ					
14. รู้สึกโกรธ หรือ หงุดหงิด					
15. รู้สึกเศร้า					
16. ความจำไม่ดี					
17. รู้สึกสับสน					
18. ตั้งสมาธิลำบาก					
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ					

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติของผู้ดูแลเมื่อประสบปัญหา

คำแนะนำในการตอบ

ข้อคำถามในส่วนนี้จะประเมินวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล ข้อความในข้อคำถามต่อไปนี้เป็นวิธีการต่าง ๆ ที่ท่านทำและรู้สึกเมื่อประสบกับปัญหาหรือความกังวล ขอให้ท่านอ่านข้อความในแบบวัดที่ละข้อ แล้วตอบคำถามแต่ละข้อ โดยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องแสดงระดับการประเมินที่เกิดขึ้นกับท่าน **ตามความเป็นจริงมากที่สุด** ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด เมื่ออ่านข้อความเสร็จขอให้ท่านตอบทันที **ไม่ควรใช้เวลาคิดนาน** เพียงแต่ให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่านมากที่สุด

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงรหัส

เมื่อประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ฉันมักจะ.....

วิธีการปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ			
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
1. ใช้วิธีการแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา				
2. เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างครบถ้วน				
3. ขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ				
4. รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง				
5. ทำให้คนรอบข้างเข้าใจในการกระทำของฉัน				
6. ไม่ทำอะไรเลย เพราะคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นแก้ไขไม่ได้				
7. รู้สึกหมดความพยายาม				
8. ออกไปพบปะสังสรรค์ กับเพื่อนหรือคนที่ฉันไว้วางใจ				
9. เอะอะ โวยวาย เพื่อลดความรู้สึกอึดอัด				
10. หวังว่าจะมีสิ่งที่ดีที่สุดเกิดขึ้น				
11. เก็บความรู้สึกไว้คนเดียว				
12. ไม่สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น				
13. จัดการแก้ปัญหาอย่างสุดความสามารถ				
14. สวดมนต์ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้ทุก ๆ สิ่งเป็นไปด้วยดี				
15. ดูแลสุขภาพร่างกายของฉันให้สดชื่นแข็งแรงอยู่เสมอ				

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

เมื่อประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ฉันมักจะ.....

วิธีการปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ			
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
16. กังวลว่าจะไม่มีความสุข ถ้ามีปัญหาในการดูแลเกิดขึ้นอีก				
17. ขยันทำกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนที่สุด				
18. รู้สึกไม่สบาย				
19. หวังให้มีปฏิหารย์ดี ๆ เกิดขึ้นอย่างไม่น่าเชื่อ				
20. หลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้อื่น				
21. พิจารณารับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นแล้วพยายามนำมาใช้จัดการกับปัญหา				
22. ใส่ใจในสัมพันธภาพระหว่างฉันกับคนรอบข้าง				
23. ออกกำลังกายเพื่อคลายเครียด				
24. กังวลว่าปัญหาที่เกิดขึ้น อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต				
25. พยายามปรับตัวให้เข้ากับคนรอบข้างได้ดี				
26. จัดการให้คนในครอบครัวมาร่วมกันแก้ปัญหา				
27. หวังว่าปัญหาคงคลี่คลายไปได้เองโดยไม่ต้องทำอะไร				
28. พิจารณาทบทวนดูว่าฉันกำลังทำอะไร และทำไมจึงทำ				
29. พยายามดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น				
30. มองว่ายังมีสิ่งดี ๆ อยู่ในปัญหาที่เกิดขึ้น				
31. สวดมนต์ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครองฉัน				
32. ปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างฉัน กับผู้ป่วย				
33. คิดว่าฉันเป็นต้นเหตุของปัญหา				

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

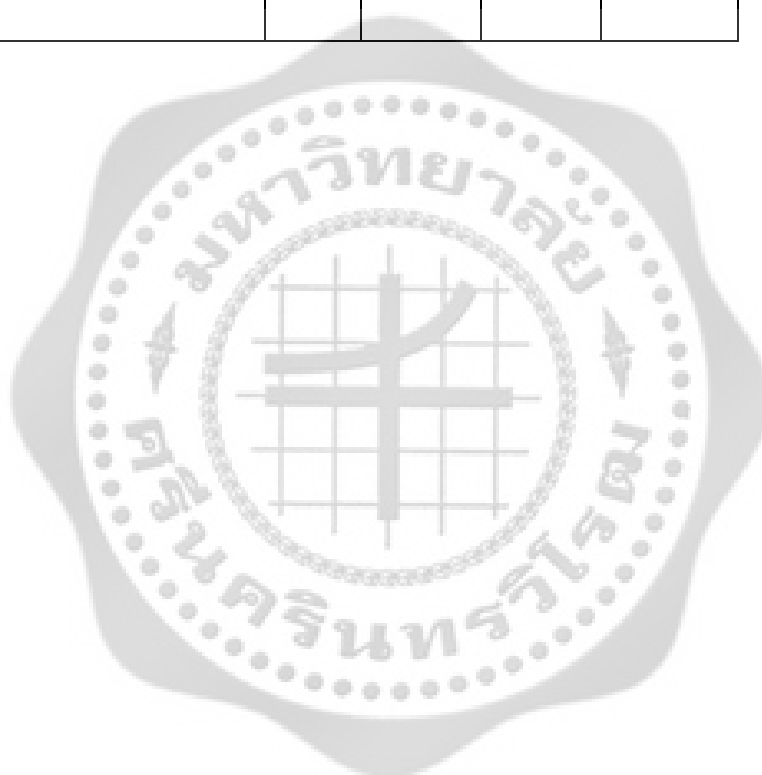
เมื่อประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ฉันมักจะ.....

วิธีการปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ			
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
34. ปรึกษาหารือกับผู้ดูแลที่มีปัญหาเหมือนกันเพื่อหาทางแก้ปัญหา				
35. คิดหวังว่าทุกอย่างจะกลับจากร้ายกลายเป็นดี				
36. ต้องปิดบังความรู้สึกของตัวเอง				
37. คิดว่าปัญหาไม่ได้เกิดจากตัวฉัน				
38. พุดคุยปัญหาเกี่ยวกับฉันไว้ข้างใจเพื่อช่วยหาทางแก้ปัญหาให้ฉัน				
39. พยายามหาวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น				
40. ให้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ ช่วยเหลือ				
41. มีความพอใจกับสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็นอยู่				
42. รู้สึกปวดศีรษะหรือปวดท้อง				
43. กังวลใจเฉพาะปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง				
44. หันไปสนใจเรื่องอื่นแทน				
45. คิดว่าตัวเองเป็นคนผิด				
46. ขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ฯลฯ				
47. บอกเล่าปัญหาให้ผู้ที่มีความรู้เรื่องนั้น ๆ ฟัง				
48. กังวลเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ในอนาคต				
49. แบ่งเวลาทำกิจกรรมเพื่อคลายเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ทำงานอดิเรก ฯลฯ				
50. กิน ดื่ม หรือนอนในปริมาณที่มากขึ้นหรือน้อยลง				
51. ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนสนิทหรือคนที่ไว้ใจมากขึ้น				

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

เมื่อประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ฉันมักจะ.....

วิธีการปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ			
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย
52. คิดหาวิธีต่าง ๆ เพื่อจัดการกับปัญหา				
53. หาวิธีใดวิธีหนึ่งให้ความทุกข์ลดลง เช่น เออะอะ ดีมเบียร์ หรือไช้ยายลย				
54. เดินตามห้างสรรพสินค้าหรือ ตาม ตลาดนัด ดูของสวย ๆ งาม ๆ เพื่อความ เพลิดเพลิน				



ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

(ซึ่งจะได้รับการประเมินของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท)

คำแนะนำในการตอบ

ข้อความต่อไปนี้ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ท่านให้การดูแล ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละข้อแล้วโปรดพิจารณาว่า ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมนั้นๆ มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องว่างตามระดับที่ท่านประเมินได้ และท่านเห็นว่าเป็นจริงที่สุด และกรุณาประเมินให้ครบทุกข้อ ตัวอย่างในการตอบ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ท่านดูแล	ระดับการประเมิน		
	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติได้บางส่วน	ปฏิบัติได้เอง
0. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่วันละ 2 ครั้ง (0)		X	
00. ทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอนได้ เช่น สวดมนต์ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ (00*)	X		

หมายเหตุ : (0) หมายถึงตามแบบสอบถามทั้งชุดที่ใช้คำตอบลักษณะที่ 1

(00*) หมายถึงตามแบบสอบถามทั้งชุดที่ใช้คำตอบลักษณะที่ 2

ความหมายของคะแนนคำตอบลักษณะที่ 1

1 = ไม่ปฏิบัติเลย หรือปฏิบัติเองไม่ได้เลย

หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่ด้วยตัวเอง หรือไม่สามารถอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายได้เลย

2 = ปฏิบัติได้เป็นบางส่วน หมายถึง ผู้ป่วยอาบน้ำ เมื่อได้รับการเตือน/กระตุ้น หรือ ช่วยเหลือตนเองในการอาบน้ำได้เป็นบางส่วนโดยต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

3 = ปฏิบัติได้เอง หมายถึง ผู้ป่วยอาบน้ำโดยไม่ต้องเตือน หรือทำได้เองเมื่อได้รับคำแนะนำ/สอน

ความหมายของคะแนนคำตอบลักษณะที่ 2

1 = ปฏิบัติเหมาะสมน้อยที่สุดหรือไม่เหมาะสม

หมายถึง ผู้ป่วยไม่ยอมทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน หรือต้องมีผู้ดูแลคอยควบคุมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน ทุกครั้ง

2 = ปฏิบัติเหมาะสมปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน โดยต้องมีผู้ดูแลคอยเตือน

3 = ปฏิบัติเหมาะสมมาก หมายถึง ผู้ป่วยทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอนได้ ด้วยตนเองเป็นประจำหรือทันที

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงรหัส

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำดูแล	ระดับการประเมิน		
	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติได้บางส่วน	ปฏิบัติได้เอง
ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล			
1. แปรงฟันก่อนรับประทานอาหารเช้า และก่อนเข้านอน			
2. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่			
3. สวมใส่เสื้อผ้าสะอาดหลังอาบน้ำ			
4. แต่งกายได้เรียบร้อย เหมาะสมกับกาลเทศะ (*)			
5. ตัดเล็บให้สั้นเมื่อเล็บยาวเกินไป			
6. สวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน			
7. ทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอนได้ เช่น สวดมนต์ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ			
ด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการพักผ่อนนอนหลับ			
8. รับประทานอาหารได้หลากหลายตรงตามเวลา			
9. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว			
10. ช่วยเหลือตัวเองด้วยการดื่มน้ำเมื่อรู้สึกคอแห้ง เนื่องจากอาการข้างเคียงของยา (*)			
11. นอนหลับพักผ่อนได้คืนละประมาณ 6-8 ชั่วโมง			
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น			
10. พูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย			
11. พูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้ญาติฟัง			
12. พูดคุย หรือทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน			
13. พบปะ พูดคุยกับคนรอบข้างที่มีความสนใจเรื่องเดียวกัน			
14. บอกญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทราบเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงนอนอย่างรุนแรงจนอาจเกิดอุบัติเหตุได้ อาการตัวแข็ง ลิ้นแข็ง คอแข็ง มือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ ฯลฯ (*)			

หมายเหตุ : () ใช้คำตอบลักษณะที่ 1

(*) ใช้คำตอบลักษณะที่ 2

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงรหัส

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำหัตถการ	ระดับการประเมิน		
	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติได้บางส่วน	ปฏิบัติได้เอง
ด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา			
15. ช่วยเหลือตัวเองให้ออนหลับ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ทำจิตใจให้สงบ ฯลฯ ถ้ามีเสียงดังรบกวนการนอน หรือ ตื่นน้ำในปริมาณน้อยก่อนเข้านอน			<input type="checkbox"/>
16. รับประทานยาตามแผนการรักษา			<input type="checkbox"/>
17. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มทุกชนิด ได้แก่ อาหารหวาน หรืออาหารประเภทที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น กลัวยทอด มันฝรั่งทอด อาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด หรือของขบเคี้ยว ฯลฯ			<input type="checkbox"/>
18. รู้จักยับยั้งซึ่งใจว่าจะรับประทานอาหารเมื่อหิว ไม่ใช่เพราะอยาก (*)			<input type="checkbox"/>
ด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด			
19. ถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะในห้องส้วม			<input type="checkbox"/>
20. ทำความสะอาดส้วมหลังจากขับถ่ายเสร็จแล้ว			<input type="checkbox"/>
ด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ			
23. ออกกำลังกายทุกวัน ๆ ละ 15 – 20 นาที			<input type="checkbox"/>
24. ออกกำลังกายด้วยกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย หรือสภาพร่างกาย (*)			<input type="checkbox"/>
25. ปรีกษา พูดคุย กับผู้ดูแล เกี่ยวกับการทำงานอาชีพ (แบบบางเวลา/เต็มเวลา) หรือการเรียนหนังสือกรณีที่อยู่ในวัยเรียน (*)			<input type="checkbox"/>
26. เลือกทำงานที่ตนเองถนัด (*)			<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ : () ใช้คำตอบลักษณะที่ 1

(*) ใช้คำตอบลักษณะที่ 2

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับที่พึ่งของผู้ดูแล

คำแนะนำในการตอบ

ข้อคำถามเกี่ยวกับที่พึ่งของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน คือ คำถามเกี่ยวกับแหล่งที่พึ่ง และ คำถามเกี่ยวกับการได้รับการพึ่งพา

คำถาม : ในชีวิตประจำวันของคนเรามักจะเผชิญกับปัญหาทั้งส่วนตัวและครอบครัว ขอให้ท่านพิจารณากลุ่มบุคคลที่ท่านได้รับความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 กลุ่ม)

ถ้าท่านมีเหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือ ท่านจะไปขอความช่วยเหลือจากใคร

บิดา มารดา

บุตร

คู่สมรส

ญาติ

มิตรสหาย

เพื่อนบ้าน หรือ เพื่อนร่วมงาน

พระ หรือ นักบวช

บุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล

หน่วยบริการต่างๆ ที่จัดให้ในชุมชน

ผู้มีปัญหาคล้ายๆกัน

อื่นๆ โปรดระบุ.....

ข้อความต่อไปนี้เป็นารได้รับการพึ่งพาด้านต่าง ๆ จากบุคคลที่ท่านเลือกข้างบนนี้ ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละข้อแล้วโปรดพิจารณาว่าคำตอบหมายเลขใดที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ให้ทำเครื่องหมาย (X) ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่านหรือผู้ป่วย สิ่งสำคัญขอให้ท่านตอบตามที่ท่านคิดว่าเป็นจริงที่สุด และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

ข้อความ	ระดับการรับรู้				
	น้อย มาก	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. คนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ฉันได้ใช้					
2. มีคนรอบข้างบางคนชมเชยฉัน ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย					
3. คนรอบข้างเห็นว่าฉันเป็นผู้ เสียสละในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย					

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

ข้อความ	ระดับการรับรู้					
	น้อย มาก	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	
4. ฉันมีคนที่คอยให้กำลังใจ เมื่อฉันรู้สึกท้อแท้หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย						<input type="checkbox"/>
5. ฉันมีคนที่สามารถฟังพาทางด้านการเงินได้						<input type="checkbox"/>
6. ฉันมีคนที่คอยมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ						<input type="checkbox"/>
7. ฉันมีคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระในบ้านแทนฉัน เมื่อฉันต้องดูแลผู้ป่วย						<input type="checkbox"/>
8. ฉันมีคนที่ช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อผลัดเปลี่ยนให้ฉันได้พักผ่อนหรือทำกิจกรรมผ่อนคลาย						<input type="checkbox"/>
9. ฉันมีคนที่คอยช่วยพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล						<input type="checkbox"/>
10. คนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ผู้ป่วยได้ใช้						<input type="checkbox"/>
11. มีคนปลอบโยนฉันเมื่อฉันมีเรื่องไม่สบายใจ						<input type="checkbox"/>
12. มีคนให้ความรู้ฉันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย						<input type="checkbox"/>
13. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ฉันมีคนที่สามารถช่วยแก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยให้แก่ฉันได้						<input type="checkbox"/>
14. ฉันมีคนที่คอยแนะนำหรือเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย						<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 7 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

คำแนะนำในการตอบ

กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และตัดสินใจว่าท่านเคยมีความรู้สึกเช่นนั้นกับการที่ท่านได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหรือไม่ โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่าน

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงรหัส

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึก ของท่าน	ระดับความรู้สึก						
	ไม่ เลย	น้อย มาก	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	มาก ที่สุด
1. การดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่ ทำให้ฉันจิตใจห่อเหี่ยว							
2. ฉันรู้สึกหมดแรงหลังจากดูแลผู้ป่วย							
3. ฉันรู้สึกเฟลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและเมื่อนึกถึงว่าจะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอีก							
4. ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้ดี							
5. บางครั้งฉันรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของเขา							
6. การดูแลผู้ป่วยตลอดวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด							
7. ฉันสามารถช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ							
8. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่							
9. ฉันรู้สึกแน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่มีคุณประโยชน์ต่อชีวิตของผู้ป่วย							
10. ฉันรู้สึกว่าจิตใจของฉันแข่งกระด้างต่อผู้คนมากขึ้นนับตั้งแต่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย							

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึก ของท่าน	ระดับความรู้สึก						
	ไม่ เลย	น้อย มาก	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	มาก ที่สุด
11. ฉันรู้สึกกังวลว่า ถ้าฉันทำ หน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป จะทำให้ จิตใจของฉันแข็งกระด้างมากขึ้น							
12. ฉันรู้สึกเบื่อไปด้วยพลัง ในการดูแลผู้ป่วย							
13. ฉันรู้สึกคับข้องใจในการ ดูแลผู้ป่วย							
14. ฉันรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วย ที่กำลังทำอยู่ หนักมากเกินไป							
15. ฉันไม่สนใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น กับผู้ป่วย							
16. การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดเวลาทำให้ฉันรู้สึก เครียดมากขึ้น							
17. ฉันสามารถสร้างบรรยากาศ ที่เป็นกันเองกับผู้ป่วย และ คนรอบข้างได้ง่าย							
18. ฉันรู้สึกเป็นสุขใจจากการ ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย							
19. ฉันประสบความสำเร็จที่มี คุณค่ามากมายจากการได้ทำ หน้าที่ดูแลผู้ป่วย							
20. ฉันรู้สึกหมดความอดทนที่ จะดูแลผู้ป่วยต่อไป							
21. ในการดูแลผู้ป่วย ฉัน สามารถควบคุมอารมณ์ได้ อย่างสุขุม							
22. ฉันรู้สึกว่าได้รับคำตำหนิ จากผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง							

ส่วนที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

คำแนะนำในการตอบ

ข้อความต่อไปนี้เป็นการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละเอียดแล้วโปรดพิจารณาว่า ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มากน้อยเพียงใด ให้ทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับ การปฏิบัติจริง คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่านหรือผู้ป่วยที่ท่านดูแล สิ่งสำคัญ ขอให้ท่านตอบตามที่ท่านปฏิบัติจริงที่สุด และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ตัวอย่างในการตอบ

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
00. ท่านให้อภัยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม			X	

ความหมายของคะแนนระดับความถี่ของการปฏิบัติ

เป็นประจำ	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้อย่างสม่ำเสมอในการให้การดูแล
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้เป็นบางโอกาส บางเวลา และบางสถานการณ์ (มากกว่า 2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน)
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้าง 1-2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยในการให้การดูแล

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย				
1. ท่านใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลอ่อนโยนในการเรียกชื่อหรือพูดคุยกับผู้ป่วย				
2. ท่านใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดคุย				
3. ท่านเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย				
4. ท่านแสดงความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วย				
การให้กำลังใจและให้ความหวัง				
5. ท่านแสดงท่าทางชื่นชมในความพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น พักหน้า ยิ้ม โอบกอด เป็นต้น				
6. ท่านพูดให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีในตัวเขา				
7. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เห็นสิ่งที่ดีในตัวเขา				
8. ท่านบอกผู้ป่วยให้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของเขา				
9. ท่านให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น การดำเนินโรค การรักษา เป็นต้น				
การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างทันท่วงที				
10. เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ท่านให้การช่วยเหลือ เช่น เข้าไปพูดคุย สอบถาม เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือ ฯลฯ				
11. เมื่อผู้ป่วยแยกตัว ท่านเข้าไปพูดคุย นั่งเป็นเพื่อน หรือกรณีที่ผู้ป่วยวุ่นวายเรื่องของผู้อื่นมากเกินไป ท่านได้ชักชวนให้ผู้ป่วยหันมาสนใจเรื่องของตัวเอง				

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอ และจริงใจ				
12. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ				
13. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย				
แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ				
14. ท่านให้อภัยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม				
15. ท่านให้โอกาสผู้ป่วยอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น				
16. ท่านรับฟังเรื่องราวทุกเรื่องของผู้ป่วยบ่นเล่า หรือระบายให้ฟัง				
17. ท่านพยายามทำความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย				
แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล				
18. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาาร่วมกัน				
19. ท่านวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น				
20. ท่านชักชวนหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่ได้พูดคุยกันไว้				
21. ท่านสังเกตหรือติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตามที่ได้ตกลงกันไว้				

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย 22. ท่านบอกผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆไปด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น อ้วนขึ้น ผอมลง เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล แต่งกายไม่สะอาด ผิวหนังเป็นผื่น ฯลฯ				<input type="checkbox"/>
23. ท่านบอกผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ซึมลง เจ็บขา หงุดหงิด โกรธง่าย หรือแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม เป็นต้น				<input type="checkbox"/>
24. ท่านบอกถึงการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นของผู้ป่วย เช่น แยกตัว หรือรุ่มรวยเรื่องของผู้อื่นมากเกินไป ฯลฯ				<input type="checkbox"/>
การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย 25. ท่านเก็บวัตถุและสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้อย่างมิดชิด				<input type="checkbox"/>
26. ท่านระมัดระวังไม่ให้มีการดูตำรากล่าวตำหนิหรือทำร้ายผู้ป่วย				<input type="checkbox"/>
27. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการ วางตัว หรือการแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น การรู้จัก ทักทาย การพูดคุยกับผู้อื่น ฯลฯ				<input type="checkbox"/>
28. ท่านดูแลหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ร่างกายของตนเอง				<input type="checkbox"/>
29. ท่านดูแลหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ออกกำลังกาย และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ฯลฯ				<input type="checkbox"/>

สำหรับเจ้าหน้าที่
ลงรหัส

การปฏิบัติการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
การตอบสนองของความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต				
30. เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ท่านให้การช่วยเหลือ หรือพาไปพบแพทย์				
31. ท่านจัดบ้านให้น่าอยู่ สะอาด และอากาศถ่ายเทสะดวก				
32. ท่านดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วย ให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ				
33. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามจำนวนหรือขนาดที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทาน				
34. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทาน				
ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต				
35. ท่านชักชวนผู้ป่วยพูดคุยหรือถามสารทุกข์สุกดิบในแต่ละวัน				
36. ท่านร่วมกิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วยในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ เช่น รับประทานอาหารดูโทรทัศน์ ฯลฯ				
37. ท่านสนับสนุนหรือพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว เช่น ไปจ่ายตลาด ไปงานบุญต่างๆ ฯลฯ				
38. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับธรรมชาติและความเป็นจริงของชีวิต				
39. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติ				



ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--|--|
| 1. อาจารย์ ดร.พรรณี บุญประกอบ | ประธานหลักสูตรดุขฎิบัณฑิต
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา | อาจารย์ประจำภาควิชาโภชนศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. นายแพทย์วรัวัฒน์ ไชยชาญ | นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ |





ภาคผนวก ค
คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 13 ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์
(Item – Objective Congruence Index : IOC) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคจิตเภท

มิติที่ต้องการวัด	ข้อความ	ความสอดคล้อง			ค่า IOC
		สอดคล้อง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่สอดคล้อง (-1)	
1. ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล	1. แปรงฟันก่อนรับประทานอาหารเช้า และก่อนเข้านอน	3	-	-	1.0
	2. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่	3	-	-	1.0
	3. สวมใส่เสื้อผ้าสะอาดหลังจากอาบน้ำ	3	-	-	1.0
	4. แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับกาลเทศะ)	3	-	-	1.0
	5. ตัดเล็บให้สั้นเมื่อเล็บยาวเกินไป	3	-	-	1.0
	6. สวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน (*)	3	-	-	1.0
2. ด้านการพักผ่อนนอนหลับ	7. เข้านอนและตื่นตามเวลาปกติ	3	-	-	1.0
	8. ทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอนได้ เช่น สวดมนต์ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	3	-	-	1.0
	9. ช่วยเหลือตัวเองให้นอนหลับโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ทำจิตใจให้สงบ ฯลฯ ถ้ามีเสียงดังรบกวนการนอน หรือดื่มน้ำในปริมาณน้อยก่อนเข้านอน	2	1	-	0.6
3. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	10. พูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่างๆ กับบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	3	-	-	1.0
	11. พูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่างๆ ให้ญาติฟัง	3	-	-	1.0
	12. พูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน	3	-	-	1.0
	13. พบปะพูดคุยกับคนรอบข้างที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน	3	-	-	1.0
4. ด้านการรับประทานยา	14. รับประทานยาตามแผนการรักษา	3	-	-	1.0
	15. ช่วยเหลือตัวเองด้วยการดื่มน้ำเมื่อรู้สึกคอแห้งเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา				
	16. บอกญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทราบเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงนอนอย่างรุนแรงจนอาจเกิดอุบัติเหตุได้ อาการตัวแข็ง ลิ้นแข็ง คอแข็ง มือสั่นอยู่หนึ่งไม้ได้ ฯลฯ (18*)	3	-	-	1.0

ตาราง 13 (ต่อ)

มิติที่ต้องการวัด	ข้อความ	ความสอดคล้อง			ค่า IOC
		สอดคล้อง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่สอดคล้อง (-1)	
5. ด้านการรับประทานอาหาร อาหาร น้ำ และการขั้บถ่าย	17. รับประทานอาหารได้หลากหลาย ตรงตามเวลา	3	-	-	1.0
	18. ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 6 - 8 แก้ว	3	-	-	1.0
	19. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้ น้ำหนักเพิ่มทุกชนิด ได้แก่ อาหารหวาน หรืออาหารประเภทที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น ก๋วยเตี้อทอด มันฝรั่งทอด หรือ อาหาร ประเภทฟาสต์ฟู้ด ฯลฯ หรือของขบเคี้ยว	2	1	-	0.6
	20. รู้จักยับยั้งซึ่งใจว่าจะรับประทานอาหาร เมื่อเมื่อหิวไม่ใช่เพราะอยาก	3	-	-	1.0
	21. ถ่ายอุจจาระปัสสาวะในห้องส้วม (23*)	3	-	-	1.0
	22. ทำความสะอาดส้วมหลังจากขั้บถ่าย เสร็จแล้ว	3	-	-	1.0
	6. ด้านการออกกำลังกาย	23. ออกกำลังกายทุกวัน ๆ ละ 15-20 นาที	3	-	-
24. ออกกำลังกายด้วยกิจกรรมที่เหมาะสม กับวัย หรือสภาพร่างกาย		3	-	-	1.0
7. ด้านทักษะการดำรงชีวิต	25. ปรึกษา พูดคุยกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการ ทำงานอาชีพ (แบบบางเวลา/เต็มเวลา)หรือ การเรียนหนังสือกรณีที่อยู่ในวัยเรียน	3	-	-	1.0
	26. เลือกทำงานที่ตนเองถนัด	3	-	-	1.0

ตาราง 14 ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์
(Item –Objective Congruence Index : IOC) แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

มิติที่ต้องการวัด	ข้อความ	ความสอดคล้อง			ค่า IOC
		สอดคล้อง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่สอดคล้อง (-1)	
1. การได้รับสนับสนุนด้าน อารมณ์	1. มีคนรอบข้างบางคนชมเชยฉันในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย (2)	3	-	-	1.0
	2. คนรอบข้างเห็นว่าฉันเป็นผู้เสียสละใน การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (3)	3	-	-	1.0
	3. ฉันมีคนที่คอยให้กำลังใจเมื่อฉันรู้สึก ท้อแท้หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของ ผู้ป่วย (4)	3	-	-	1.0
2. การได้รับการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร	4. มีคนปลอมโยนฉันเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ (12)	3	-	-	1.0
	5. มีคนให้ความรู้ฉันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (13)	3	-	-	1.0
	6. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย ฉันมีคนที่สามารถช่วยแก้ปัญหาหรือ ตอบข้อสงสัยให้แก่ฉันได้ (14)	3	-	-	1.0
	7. มีคนคอยแนะนำหรือเสนอแนะแนวทางที่ เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย (15)	3	-	-	1.0
3. การได้รับการสนับสนุน ด้านวัสดุ สิ่งของ และ แรงงาน	8. คนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่ จำเป็นมาให้ฉันได้ใช้ (1)	3	-	-	1.0
	9. ฉันมีคนที่สามารถพึ่งพาทางการเงิน ได้ (5)	3	-	-	1.0
	10. ฉันมีคนมาคอยเยี่ยมเยียนอย่าง สม่ำเสมอ (6)	3	-	-	1.0
	11. คนในครอบครัวทั้งฉันให้ตัดสินใจเรื่อง ต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเพียงลำพัง (7)	3	-	-	1.0
	12. มีคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระในบ้าน แทนฉัน เมื่อฉันต้องดูแลผู้ป่วย (8)	3	-	-	1.0
	13. มีคนช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อผลัดเปลี่ยน ให้ฉันได้พักผ่อนหรือทำกิจกรรมผ่อนคลาย (9)	3	-	-	1.0
	14. มีคนคอยช่วยฉันพาผู้ป่วยมารับการ รักษาที่โรงพยาบาล (10)	3	-	-	1.0
	15. คนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ ที่จำเป็นมาให้ผู้ป่วยได้ใช้ (11)	3	-	-	1.0

ตาราง 15 ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์
(Item –Objective Congruence Index : IOC) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
ของผู้ดูแล

มิติที่ต้องการวัด	ข้อความ	ความสอดคล้อง			ค่า IOC
		สอดคล้อง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่สอดคล้อง (-1)	
1. การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย	1. ท่านใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลอ่อนโยนในการเรียกชื่อหรือพูดคุยกับผู้ป่วย	3	-	-	1.0
	2. ท่านใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดคุย	3	-	-	1.0
	3. ท่านเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	3	-	-	1.0
	4. ท่านแสดงความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วย	3	-	-	1.0
2. การให้กำลังใจและให้ความหวัง	5. ท่านแสดงท่าทางชื่นชมในความพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น พักหน้า ยิ้ม โอบกอด เป็นต้น	3	-	-	1.0
	6. ท่านพูดให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีในตัวเขา	3	-	-	1.0
	7. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เห็นสิ่งที่ดีในตัวเขา	3	-	-	1.0
	8. ท่านบอกผู้ป่วยให้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของเขา	3	-	-	1.0
	9. ท่านให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น การดำเนินโรค การรักษา เป็นต้น	3	-	-	1.0
3. การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันท่วงที	10. เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ท่านให้การช่วยเหลือ เช่น เข้าไปพูดคุยสอบถาม เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือ ฯลฯ	3	-	-	1.0
	11. เมื่อผู้ป่วยแยกตัว ท่านเข้าไปพูดคุย นั่งเป็นเพื่อน หรือกรณีที่ผู้ป่วยวุ่นวายเรื่องของผู้อื่นมากเกินไป ท่านได้ชักชวนให้ผู้ป่วยหันมาสนใจเรื่องของตัวผู้ป่วยเอง	3	-	-	1.0
4. การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอ และจริงใจ	12. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ	3	-	-	1.0
	13. ท่านพูดคุยถึงความรู้สึกและความต้องการของท่านอย่างเปิดเผย	2	1	-	0.6
	14. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย	3	-	-	1.0

ตาราง 15 (ต่อ)

มิติที่ต้องการวัด	ข้อความ	ความสอดคล้อง			ค่า IOC
		สอดคล้อง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่สอดคล้อง (-1)	
5. แสดงการยอมรับ พฤติกรรมของผู้ป่วยทั้ง ด้านบวกและด้านลบ	15. ท่านให้อภัยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ เหมาะสม	3	-	-	1.0
	16. ท่านให้ออกาสผู้ป่วยอธิบายสาเหตุของ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น	3	-	-	1.0
	17. ท่านรับฟังเรื่องราวทุกเรื่องของผู้ป่วยบ่น เล่าหรือระบายให้ฟัง	3	-	-	1.0
	18. ท่านพยายามทำความเข้าใจสาเหตุที่ แท้จริงของปัญหาหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย	3	-	-	1.0
6. แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุ และผล	19. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทาง แก้ไขปัญหาร่วมกัน	3	-	-	1.0
	20. ท่านวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยในการ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	3	-	-	1.0
	21. ท่านชักชวนหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตามแนวทางแก้ไขปัญหาก็ได้พูดคุย กันไว้	3	-	-	1.0
	22. ท่านสังเกตหรือติดตามการเปลี่ยนแปลง ของพฤติกรรมตามที่ได้ตกลงกันไว้	3	-	-	1.0
7. การชี้แนะและให้ข้อมูล ที่ถูกต้องเหมาะสม แก่ผู้ป่วย	23. ท่านบอกผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลง ต่างๆไปด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น อ้วนขึ้น ผอมลง เดินตัวแข็ง หน้าลายไหล แต่งกาย ไม่สะอาด ผิวหนังเป็นผื่น ฯลฯ	3	-	-	1.0
	24. ท่านบอกผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงด้าน อารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ซึมลง เฉยชา หงุดหงิด โกรธง่าย หรือแสดงอารมณ์ ไม่เหมาะสม เป็นต้น	3	-	-	1.0
	25. ท่านบอกถึงการเปลี่ยนแปลงด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่นของผู้ป่วย เช่น แยกตัว หรือวุ่นวายเรื่องของผู้อื่นมาก เกินไป ฯลฯ	3	-	-	1.0

ตาราง 15 (ต่อ)

มิติที่ต้องการวัด	ข้อความ	ความสอดคล้อง			ค่า IOC
		สอดคล้อง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่สอดคล้อง (-1)	
8. การจัดหรือปรับปรุง สิ่งแวดล้อมให้เกิด ความรู้สึกปลอดภัย	26. ท่านเก็บวัตถุและสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้อย่างมิดชิด	3	-	-	1.0
	27. ท่านระมัดระวังไม่ให้มีการดูต่ำกว่ากล่าวคำหยาบหรือทำร้ายผู้ป่วย	3	-	-	1.0
	28. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางตัวหรือการแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น การรู้จักทักทาย การพูดคุยกับผู้อื่น ฯลฯ	3	-	-	1.0
	29. ท่านดูแลหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ร่างกายของตนเอง	3	-	-	1.0
	30. ท่านดูแลหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน เช่น ออกกำลังกาย และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ฯลฯ	3	-	-	1.0
9. การตอบสนองความ ต้องการที่จำเป็นต่อการ ดำรงชีวิต	31. เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ท่านให้การช่วยเหลือ หรือพาไปพบแพทย์	3	-	-	1.0
	32. ท่านจัดบ้านให้น่าอยู่ สะอาด และอากาศถ่ายเทสะดวก	3	-	-	1.0
	33. ท่านดูแล หรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ	3	-	-	1.0
	34. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามจำนวนหรือขนาดที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทาน	3	-	-	1.0
	35. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทาน	3	-	-	1.0

ตาราง 15 (ต่อ)

มิติที่ต้องการวัด	ข้อความ	ความสอดคล้อง			ค่า IOC
		สอดคล้อง (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่สอดคล้อง (-1)	
10. ช่วยให้เกิดความ เข้าใจในความเป็นจริง ของชีวิต	36. ท่านชักชวนผู้ป่วยพูดคุยหรือถาม สารทุกข์สุกดิบในแต่ละวัน	3	-	-	1.0
	37. ท่านร่วมกิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วยในแต่ละ วัน อย่างสม่ำเสมอ เช่น รับประทานอาหาร อาหาร ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	3	-	-	1.0
	38. ท่านสนับสนุนหรือพาผู้ป่วยเข้าร่วม กิจกรรมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว เช่น ไปจ่ายตลาด ไปงานบุญต่างๆ ฯลฯ	3	-	-	1.0
	39. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับธรรมชาติและความเป็นจริงของ ชีวิต	3	-	-	1.0
	40. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำหลักคำสอน ทางศาสนาไปปฏิบัติ	3	-	-	1.0

ตาราง 16 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis)
ของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล	
1. แปรงฟันก่อนรับประทานอาหาร และก่อนเข้านอน	0.660
2. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่	0.871
3. สวมใส่เสื้อผ้าสะอาดหลังอาบน้ำ	0.887
4. แต่งกายได้เรียบร้อย เหมาะสมกับกาลเทศะ (*)	0.731
5. ตัดเล็บให้สั้นเมื่อเล็บยาวเกินไป	0.626
6. สวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน	0.664
7. ทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอนได้ เช่น สวดมนต์ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	0.434
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	
8. พูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	0.641
9. พูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้ญาติฟัง	0.745
10. พูดคุย หรือทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน	0.740
11. พบปะ พูดคุยกับคนรอบข้างที่มีความสนใจ เรื่องเดียวกัน	0.763
12. บอกญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทราบเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงนอนอย่างรุนแรงจนอาจเกิดอุบัติเหตุได้ อาการตัวแข็ง ลิ้นแข็ง คอแข็ง มือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ ฯลฯ (*)	0.540
ด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการพักผ่อนนอนหลับ	
13. นอนหลับพักผ่อนได้คืนละประมาณ 6-8 ชั่วโมง	0.463
14. ช่วยเหลือตัวเองด้วยการดื่มน้ำเมื่อรู้สึกคอแห้งเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา	0.592
15. รับประทานอาหารได้หลากหลายตรงตามเวลา	0.638
16. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว	0.772

ตาราง 16 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
ด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา	
17. ช่วยเหลือตัวเองให้ออนหลับ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ทำจิตใจให้สงบ ฯลฯ ถ้ามีเสียงดังรบกวนการนอน หรือดื่มน้ำในปริมาณน้อยก่อนเข้านอน	0.420
18. รับประทานยาตามแผนการรักษา	0.351
19. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้น้ำหนักเพิ่มทุกชนิด ได้แก่ อาหารหวาน หรืออาหารประเภทที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น ก๋วยเตี๋ยว ผัดผักรัดทอด อาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด หรือของขบเคี้ยว ฯลฯ	0.811
20. รู้จักยับยั้งชั่งใจว่าจะรับประทานอาหารเมื่อหิวไม่ใช่เพราะอยาก (*)	0.623
ด้านการขยับถ่ายและการรักษาความสะอาด	
21. ถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะในห้องส้วม	0.894
22. ทำความสะอาดส้วมหลังจากขยับถ่ายเสร็จแล้ว	0.896
ด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ	
23. ออกกำลังกายทุกวัน ๆ ละ 15 – 20 นาที	0.911
24. ออกกำลังกายด้วยกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย หรือ สภาพร่างกาย (*)	0.913
25. ปรีกษา พูดคุย กับผู้ดูแล เกี่ยวกับการทำงานอาชีพ (แบบบางเวลา/เต็มเวลา) หรือการเรียนหนังสือกรณีที่อยู่ในวัยเรียน (*)	0.486
26. เลือกทำงานที่ตนเองถนัด (*)	0.563

Extraction Method : Principal Component Analysis.

Rotation Method : Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

ตาราง 17 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis)
ของแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์	
1. มีคนรอบข้างบางคนชมเชยฉันในเรื่องการดูแลผู้ป่วย (2)	0.882
2. คนรอบข้างเห็นว่าฉันเป็นผู้เสียสละในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (3)	0.849
3. ฉันมีคนที่คอยให้กำลังใจเมื่อฉันรู้สึกท้อแท้หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย (4)	0.615
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	
4. มีคนปลอบโยนฉันเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ (12)	0.425
5. มีคนให้ความรู้ฉันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (13)	0.797
6. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ฉันมีคนที่สามารถ ช่วยแก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยให้แก่ฉันได้ (14)	0.861
7. มีคนคอยแนะนำหรือเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการ ดูแลผู้ป่วย (15)	0.821
การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน	
8. คนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ฉันได้ใช้ (1)	0.582
9. ฉันมีคนที่สามารถพึ่งพาทางการเงินได้ (5)	0.569
10. ฉันมีคนมาคอยเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ (6)	0.445
11. คนในครอบครัวทั้งฉันให้ตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเพียง ลำพัง (7)	-0.479
12. มีคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระในบ้านแทนฉัน เมื่อฉันต้องดูแลผู้ป่วย (8)	0.674
13. มีคนช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อผลัดเปลี่ยนให้ฉันได้พักผ่อนหรือทำกิจกรรม ผ่อนคลาย (9)	0.653
14. มีคนคอยช่วยฉันพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (10)	0.656
15. มีคนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ผู้ป่วยได้ใช้ (11)	0.738

Extraction Method : Principal Component Analysis.

a. Rotation converged in 4 iterations.

ตาราง 18 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis)

ของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย	
1. ท่านใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลอ่อนโยนในการเรียกชื่อหรือพูดคุยกับผู้ป่วย	0.611
2. ท่านให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดคุย	0.703
3. ท่านเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	0.584
4. ท่านแสดงความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วย	0.647
การให้กำลังใจและให้ความหวัง	
5. ท่านแสดงท่าทางชื่นชมในความพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น พักหน้า ยิ้ม โอบกอด เป็นต้น	0.526
6. ท่านพูดให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีในตัวเขา	0.711
7. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เห็นสิ่งที่ดีในตัวเขา	0.778
8. ท่านบอกผู้ป่วยให้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของเขา	0.685
9. ท่านให้ข้อมูลที่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น การดำเนินโรค การรักษา เป็นต้น	0.354
การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันท่วงที	
10. เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ท่านให้การช่วยเหลือ เช่น เข้าไปพูดคุยสอบถาม เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือ ฯลฯ	0.648
11. เมื่อผู้ป่วยแยกตัว ท่านเข้าไปพูดคุยนั่งเป็นเพื่อน หรือกรณีที่ผู้ป่วย รุนแรงเรื่องของผู้อื่นมากเกินไป ท่านได้ชักชวนให้ผู้ป่วยหันมาสนใจเรื่องของตัวเอง	0.653
การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ	
12. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ	0.672
13. ท่านพูดคุยถึงความรู้สึกและความต้องการของท่านอย่างเปิดเผย	0.548
14. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย	0.597
แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ	
15. ท่านให้อภัยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	0.724
16. ท่านให้โอกาสผู้ป่วยอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น	0.581
17. ท่านรับฟังเรื่องราวทุกเรื่องของผู้ป่วยบน เล่าหรือระบายให้ฟัง	0.529
18. ท่านพยายามทำความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย	0.560

ตาราง 18 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล	
19. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน	0.793
20. ท่านวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น	0.819
21. ท่านชักชวนหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางแก้ไข ปัญหาที่ได้พูดคุยกันไว้	0.796
22. ท่านสังเกตหรือติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมตามที่ได้ตกลง กันไว้	0.587
การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย	
23. ท่านบอกผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆไปด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น อ้วนขึ้น ผอมลง เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล แต่งกายไม่สะอาด ผิวหนังเป็นผื่น ฯลฯ	0.740
24. ท่านบอกผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ซึมลง เจ็บช้ำ หงุดหงิด โกรธง่าย หรือแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม เป็นต้น	0.767
25. ท่านบอกถึงการเปลี่ยนแปลงด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นของ ผู้ป่วย เช่น แยกตัว หรืออุบายเรื่องของผู้อื่นมากเกินไป ฯลฯ	0.726
การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย	
26. ท่านเก็บวัตถุและสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้อย่างมิดชิด	0.574
27. ท่านระมัดระวังไม่ให้มีการดูว่ากล่าวตำหนิหรือทำร้ายผู้ป่วย	0.423
28. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางตัวหรือการแสดงออกอย่าง เหมาะสม เช่น การรู้จักหักทหาย การพูดคุยกับผู้อื่น ฯลฯ	0.591
29. ท่านดูแลหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดเสื้อผ้า ร่างกาย ของตนเอง	0.743
30. ท่านดูแลหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ออกกำลังกาย และ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ฯลฯ	0.748

ตาราง 18 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
การตอบสนองของความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต	
31. เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ท่านให้การช่วยเหลือหรือพาไปพบแพทย์	0.358
32. ท่านจัดบ้านให้น่าอยู่ สะอาด และอากาศถ่ายเทสะดวก	0.473
33. ท่านดูแล หรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ	0.706
34. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามจำนวนหรือขนาดที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทาน	0.878
35. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทาน	0.873
ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต	
36. ท่านชักชวนผู้ป่วยพูดคุยหรือถามสารทุกข์สุกดิบในแต่ละวัน	0.448
37. ท่านร่วมกิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วยในแต่ละวัน อย่างสม่ำเสมอ เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	0.511
38. ท่านสนับสนุนหรือพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว เช่น ไปจ่ายตลาด ไปงานบุญต่างๆ ฯลฯ	0.720
39. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับธรรมชาติและความเป็นจริงของชีวิต	0.713
40. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติ	0.575

Extraction Method : Principal Component Analysis.

a. Rotation converged in 13 iterations.

ตาราง 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

มิติการประเมิน ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. กลัวทำงานผิดพลาด	41.3733	118.9030	.3566	.8628
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายบางอย่างที่วางไว้	41.2053	118.3561	.4202	.8603
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงิน หรือ เรื่องงานในบ้าน	41.5973	115.8668	.4713	.8584
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะ ในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	41.6533	119.6602	.2957	.8656
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	41.8853	121.6098	.2581	.8661
6. เงินไม่พอจ่าย	41.1040	116.0613	.4304	.8602
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	40.9280	117.1044	.4108	.8609
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด	41.4213	113.5439	.5986	.8535
9. ปวดหลัง	41.2960	118.1180	.3672	.8626
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	41.6560	119.6059	.3841	.8615
11. ปวดศีรษะข้างเดียว	41.8107	118.0897	.3918	.8615
12. รู้สึกวิตกกังวล	41.6480	113.5763	.6328	.8525
13. รู้สึกคับข้องใจ	41.8267	115.6196	.6030	.8543
14. รู้สึกโกรธ หรือ หงุดหงิด	41.5120	114.1650	.6225	.8531
15. รู้สึกเศร้า	41.9120	115.2035	.6155	.8538
16. ความจำไม่ดี	41.3813	117.6590	.4273	.8601
17. รู้สึกสับสน	41.7547	115.0306	.6289	.8533
18. ตั้งสมาธิลำบาก	41.7680	113.8471	.6023	.8535
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	41.2667	116.9661	.4716	.8584
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ	41.7813	121.0751	.2784	.8655
รวม 20 ข้อ			ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .8651	

ตาราง 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
กลวิธีจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหา				
ด้วยความสามารถของตนเอง				
- ใช้วิธีการแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา	62.4000	61.9679	.4079	.8135
- เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างครบถ้วน	61.8373	64.9494	.3557	.8167
- ทำให้คนรอบข้างเข้าใจในการกระทำของฉันทันที	62.8107	60.5657	.4471	.8114
- ออกไปพบปะสังสรรค์ กับเพื่อนหรือคนที่ฉันทันที	62.7360	63.0932	.3040	.8191
- จัดการแก้ปัญหาอย่างสุดความสามารถ	62.1067	61.9619	.4457	.8117
- ดูแลสุขภาพร่างกายของฉันทันทีให้สดชื่นแข็งแรง	62.0053	64.2887	.3404	.8168
อยู่เสมอ				
- ยืนยันกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนที่สุด	62.0560	63.1867	.4418	.8127
- พิจารณารับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น	62.5600	61.3380	.4322	.8122
แล้วพยายามนำมาใช้จัดการกับปัญหา				
- ใส่ใจในสัมพันธภาพระหว่างฉันทันทีกับคนรอบข้าง	62.4347	61.3961	.4356	.8120
- ออกกำลังกายเพื่อคลายเครียด	62.7600	62.3166	.3195	.8189
- พยายามปรับตัวให้เข้ากับคนรอบข้างได้ดี	62.1093	62.2795	.5155	.8096
- พิจารณาทบทวนดูว่าฉันทันทีกำลังทำอะไร และทำไมจึงทำ	62.8107	61.9614	.3544	.8167
- พยายามดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น	61.7120	64.8366	.4444	.8149
- มองว่ายังมีสิ่งดี ๆ อยู่ในปัญหาที่เกิดขึ้น	62.4213	62.5279	.3656	.8157
- ปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างฉันทันทีกับผู้ป่วย	62.1333	62.8592	.4013	.8140
- พยายามหาวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น	61.8587	63.7687	.4556	.8131
- มีความพอใจกับสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็นอยู่	62.1920	64.3695	.3229	.8175
- แบ่งเวลาทำกิจกรรมเพื่อคลายเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ทำงานอดิเรก ฯลฯ	62.3627	62.8360	.3537	.8162
- ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนสนิท หรือคนที่ไว้วางใจมากขึ้น	62.8987	62.0111	.3731	.8155
- คิดหาวิธีต่าง ๆ เพื่อจัดการกับปัญหา	62.3547	60.8391	.4890	.8092
- เดินตามห้างสรรพสินค้าหรือ ตามตลาดนัด	62.9333	62.9447	.2766	.8215
ดูของสวย ๆ งาม ๆ เพื่อความเพลิดเพลิน				
ค่าความเชื่อมั่นกลวิธีจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาคือความสามารถของตนเอง = .8220				

ตาราง 20 (ต่อ)

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
กลวิธีจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่ง สนับสนุนอื่น ๆ				
- ขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ	23.1093	21.7982	.4103	.7201
- สวดมนต์ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้ทุก ๆ สิ่ง เป็นไปด้วยดี	22.9680	22.0364	.3383	.7325
- จัดการให้คนในครอบครัวมาร่วมกันแก้ปัญหา	22.9280	22.1258	.3561	.7289
- สวดมนต์ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครองเงิน	22.9600	21.8353	.3514	.7305
- ปรึกษาหารือกับผู้ดูแลที่มีปัญหาเหมือนกัน เพื่อหาทางแก้ปัญหา	23.3040	20.9769	.4566	.7120
- พุดคุยปัญหากับคนที่ฉันไว้วางใจเพื่อช่วย หาทางแก้ปัญหาให้ฉัน	23.0373	21.8435	.4350	.7164
- ให้ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ ช่วยเหลือ	23.0133	20.8635	.4959	.7054
- ขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ฯลฯ	23.3707	21.5441	.3834	.7250
- บอกเล่าปัญหาให้ผู้ที่มีความรู้เรื่องนั้น ๆ ฟัง	23.1813	20.8868	.5584	.6970
ค่าความเชื่อมั่นกลวิธีจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ = .7420				
กลวิธีจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา				
- รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง	48.3013	120.9972	.4948	.8523
- ไม่ทำอะไรเลย เพราะคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้น แก้ไขไม่ได้	49.0533	125.4410	.3842	.8561
- รู้สึกหมดความพยายาม	49.0667	123.9982	.4559	.8539
- เอะอะ โวยวาย เพื่อลดความรู้สึกอึดอัด	49.1387	125.0663	.4527	.8543
- หวังว่าจะมีสิ่งที่ดีที่สุดเกิดขึ้น	47.7840	127.1110	.2849	.8592
- เก็บความรู้สึกไว้คนเดียว	48.2800	121.1807	.5208	.8515
- ไม่สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น	48.7493	124.7124	.3658	.8568
- กังวลว่าจะไม่มีความสุข ถ้ามีปัญหาในการดูแล เกิดขึ้นอีก	48.2827	120.5883	.5284	.8511
- รู้สึกไม่สบาย	48.4000	122.1925	.5582	.8509
- หวังให้มีปาฏิหาริย์ดี ๆ เกิดขึ้นอย่างไม่น่าเชื่อ	48.0880	120.8826	.4604	.8536
- หลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้อื่น	48.9733	123.7373	.4586	.8538
- กังวลว่าปัญหาที่เกิดขึ้น อาจเกิดขึ้นอีกใน อนาคต	48.2427	118.7885	.5871	.8489

ตาราง 20 (ต่อ)

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
- หวังว่าปัญหาคงคลี่คลายไปได้เอง โดยไม่ต้องทำอะไร	48.6507	125.3616	.3099	.8590
- คิดว่าฉันเป็นต้นเหตุของปัญหา	49.2400	125.8299	.4089	.8555
- คิดหวังว่าทุกอย่างจะกลับจากร้ายกลายเป็นดี	47.5253	129.7153	.1779	.8621
- ต้องปิดบังความรู้สึกของตัวเอง	48.7520	122.1389	.4792	.8529
- คิดว่าปัญหาไม่ได้เกิดจากตัวฉัน	48.4347	126.6047	.2475	.8614
- รู้สึกปวดศีรษะหรือปวดท้อง	48.5867	124.0934	.4238	.8548
- กังวลใจเฉพาะปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง	48.4027	119.5032	.6055	.8486
- หันไปสนใจเรื่องอื่นแทน	48.8453	125.5749	.3709	.8565
- คิดว่าตัวเองเป็นคนผิด	49.0907	125.8741	.4012	.8557
- กังวลเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ในอนาคต	48.3333	119.1693	.5786	.8492
- กิน ต้ม หรือนอนในปริมาณที่มากขึ้นหรือน้อยลง	48.3200	128.8973	.2018	.8617
- หาวิธีใดวิธีหนึ่งให้ความทุกข์ลดลง เช่น เอ๊ะเอะ ต้มเบียร์ หรือใช้ยาฯลฯ	49.2213	128.1568	.2816	.8589
ค่าความเชื่อมั่นกลวิธีจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา = .8602				
รวม 54 ข้อ	ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมด = .8790			

ตาราง 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายด้าน

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล				
1. แปรงฟันก่อนรับประทานอาหารและก่อนเข้านอน	16.4293	6.1334	.9196	.8740
2. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่	16.5147	5.8547	.7461	.8589
3. สวมใส่เสื้อผ้าสะอาดหลังอาบน้ำ	16.5200	5.6513	.8290	.8482
4. แต่งกายได้เรียบร้อย เหมาะสมกับกาลเทศะ	16.4187	6.0836	.7394	.8616
5. ตัดเล็บให้สั้นเมื่อเล็บยาวเกินไป	16.4773	5.7368	.6507	.8717
6. สวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน	16.4213	6.2070	.6966	.8666
7. ทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอนได้ เช่น สวดมนต์ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	16.6107	5.8320	.5340	.8918
ค่าความเชื่อมั่นด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล = .8843				
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น				
8. พูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับบุคลากร ทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	10.1760	4.4823	.5759	.7726
9. พูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้ญาติฟัง	10.2667	4.0838	.6067	.7598
10. พูดคุย หรือทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน	10.3253	3.8671	.6707	.7387
11. พบปะ พูดคุยกับคนรอบข้างที่มีความสนใจ เรื่องเดียวกัน	10.3200	3.8011	.6897	.7321
12. บอกญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทราบเมื่อมี อาการข้างเคียงของยา เช่น อาการง่วงนอน อย่างรุนแรงจนอาจเกิดอุบัติเหตุได้ อาการ ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง คอแข็ง มือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ ฯลฯ	10.2720	4.2895	.4295	.8191
ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น = .8035				
ด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการพักผ่อนนอนหลับ				
13. นอนหลับพักผ่อนได้คืนละประมาณ 6-8 ชั่วโมง	8.4187	1.0248	.3587	.6444
14. ช่วยเหลือตัวเองด้วยการดื่มน้ำเมื่อรู้สึก คอแห้งเนื่องจากอาการข้างเคียงของยา	8.3227	1.1389	.3719	.6342
15. รับประทานอาหารได้หลากหลายตรงตาม เวลา	8.4827	.8386	.5129	.5358
16. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว	8.4400	.8888	.5281	.5256
ค่าความเชื่อมั่นด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการพักผ่อนนอนหลับ = .6582				

ตาราง 21 (ต่อ)

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการ ข้างเคียงของยา				
17. ช่วยเหลือตัวเองให้นอนหลับ โดยวิธีการ ต่าง ๆ เช่น ทำจิตใจให้สงบ ฯลฯ ถ้ามีเสียงดัง รบกวนการนอน หรือดื่มน้ำในปริมาณน้อย ก่อนเข้านอน	6.8827	2.4546	.3243	.5241.
18. รับประทานยาตามแผนการรักษา	6.6427	2.7329	.3615	.5019
19. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้ น้ำหนักเพิ่มทุกชนิด ได้แก่ อาหารหวานหรือ อาหารประเภทที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น กลัวยทอด มันฝรั่งทอด	7.4080	2.2689	.3606	.4960
20. รู้จักยับยั้งซึ่งใจว่าจะรับประทานอาหารเมื่อ หิวไม่ใช่เพราะอยาก	7.0267	2.3576	.3825	.4753
ค่าความเชื่อมั่นด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา = .5712				
ด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด				
21. ถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะในห้องส้วม	2.7733	.2239	.9591	
22. ทำความสะอาดส้วมหลังจากขับถ่ายเสร็จแล้ว	2.7876	.1843	.9591	
ค่าความเชื่อมั่นด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด = .9768				
ด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาท ตามพัฒนาการ				
23. ออกกำลังกายทุกวัน ๆ ละ 15 – 20 นาที	6.4907	3.9404	.7133	.6955
24. ออกกำลังกายด้วยกิจกรรมที่เหมาะสมกับ วัย หรือ สภาพร่างกาย	6.4053	3.8085	.7253	.6872
25. ปรึกษา พูดคุย กับผู้ดูแล เกี่ยวกับการ ทำงานอาชีพ (แบบบางเวลา/เต็มเวลา) หรือการ เรียนหนังสือกรณีที่อยู่ในวัยเรียน	6.2000	4.5936	.4785	.8093
26. เลือกทำงานที่ตนเองถนัด	6.1280	4.4328	.5370	.7823
ค่าความเชื่อมั่นด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ = .7981				
รวม 26 ข้อ			ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .8999	

ตาราง 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์				
1. มีคนรอบข้างบางคนชมเชยฉันในเรื่องการดูแลผู้ป่วย	6.5893	2.5796	.6805	.5211
2. คนรอบข้างเห็นว่าฉันเป็นผู้เสียสละในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	6.5040	2.5287	.6441	.5594
3. ฉันมีคนที่คอยให้กำลังใจเมื่อฉันรู้สึกท้อแท้หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย	6.6187	3.1403	.3979	.8440
ค่าความเชื่อมั่นด้านการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ = .7407				
การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
4. มีคนปลอบโยนฉันเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	8.1307	8.6807	.4291	.8342
5. มีคนให้ความรู้ฉันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	8.2960	7.3319	.6223	.7489
6. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ฉันมีคนที่สามารถช่วยแก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยให้แก่ฉันได้	8.3920	6.8807	.7244	.6965
7. มีคนคอยแนะนำหรือเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย	8.2373	7.0104	.7004	.7092
ค่าความเชื่อมั่นด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร = .8020				

ตาราง 22 (ต่อ)

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและ แรงงาน				
8. คนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่ จำเป็นมาให้ฉันได้ใช้	18.0933	22.1544	.4627	.6526
9. ฉันมีคนที่สามารถพึ่งพาทางการเงินได้	17.8160	22.6746	.4341	.6596
10. ฉันมีคนมากอย่เยี้ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ	17.8133	23.3340	.4335	.6618
11. คนในครอบครัวทั้งฉันให้ตัดสินใจเรื่อง ต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยเพียงลำพัง *	18.2613	30.8941	-.2783	.8102
12. มีคนที่ช่วยแบ่งเบาภาระในบ้านแทนฉัน เมื่อฉันต้องดูแลผู้ป่วย	18.1973	21.0189	.5860	.6241
13. มีคนช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อผลัดเปลี่ยนให้ฉัน ได้พักผ่อนหรือทำกิจกรรมผ่อนคลาย	18.2187	20.7221	.5688	.6255
14. มีคนคอยช่วยฉันหาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ โรงพยาบาล	18.1920	20.3481	.5663	.6243
15. มีคนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่ จำเป็นมาให้ผู้ป่วยได้ใช้	18.1680	21.3594	.5510	.6324
หมายเหตุ : ข้อ 11* ตัดออก				
ค่าความเชื่อมั่นด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและแรงงาน = .8172				
รวม 14 ข้อ			ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .8583	

ตาราง 23 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์				
- การดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่ ทำให้ฉันจิตใจห่อเหี่ยว	12.0747	110.1602	.7192	.8932
- ฉันรู้สึกหมดแรงหลังจากดูแลผู้ป่วย	12.3040	109.4688	.7339	.8921
- ฉันรู้สึกเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและเมื่อ นึกถึงว่าจะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอีก	12.3360	112.8815	.6178	.9007
- การดูแลผู้ป่วยตลอดวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด	12.1413	108.4158	.7369	.8917
- ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่	12.3947	108.6353	.7294	.8923
- ฉันรู้สึกคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วย	12.7520	113.4704	.6907	.8955
- ฉันรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยที่กำลังทำอยู่ หนักมากเกินไป	12.2480	111.3314	.6028	.9026
- การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ฉัน รู้สึกเครียดมากขึ้น	12.3333	109.7415	.7484	.8911
- ฉันรู้สึกหมดความอดทนที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป	12.1813	119.4537	.5722	.9033
ค่าความเชื่อมั่นด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ = .9064				
ด้านการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น				
- บางครั้งฉันรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดย ไม่ใส่ใจความรู้สึกของเขา	4.5627	23.7815	.4491	.7285
- ฉันรู้สึกว่าจิตใจของฉันแข่งกระด้างต่อผู้คนที่ มากขึ้น นับตั้งแต่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	5.0507	21.0696	.6375	.6559
- ฉันรู้สึกกังวลว่า ถ้าฉันทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ต่อไป จะทำให้จิตใจของฉันแข่งกระด้างมากขึ้น	5.2560	22.5600	.6049	.6726
- ฉันไม่สนใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย	5.0533	24.2538	.4130	.7416
- ฉันรู้สึกว่าได้รับคำตำหนิจากผู้ป่วยหรือผู้ที่ เกี่ยวข้อง	5.0373	23.9665	.4783	.7172
ค่าความเชื่อมั่นด้านการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น = .7490				

ตาราง 23 (ต่อ)

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ด้านความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน				
- ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ได้ดี	28.8533	40.8314	.4422	.8002
- ฉันสามารถช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่าง มีประสิทธิภาพ	29.1467	39.0720	.5511	.7856
- ฉันรู้สึกแน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่มี คุณประโยชน์ต่อชีวิตของผู้ป่วย	28.5787	38.7418	.5739	.7824
- ฉันรู้สึกเปี่ยมไปด้วยพลังในการดูแลผู้ป่วย	29.3600	37.3166	.4942	.7958
- ฉันสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับ ผู้ป่วย และครอบครัวได้ง่าย	29.1120	38.5436	.5690	.7828
- ฉันรู้สึกเป็นสุขใจจากการได้ทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วย	29.2027	37.2102	.5490	.7856
- ฉันประสบความสำเร็จที่มีคุณค่ามากมาย จากการได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	28.9067	38.0207	.5606	.7836
- ในการดูแลผู้ป่วย ฉันสามารถควบคุมอารมณ์ ได้อย่างสุขุม	28.8480	40.2362	.4773	.7956
ค่าความเชื่อมั่นด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน = .8104				
รวม 22 ข้อ			ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .8517	

ตาราง 24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

มิติการประเมิน ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย				
1. ท่านใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลอ่อนโยนในการเรียกชื่อหรือพูดคุยกับผู้ป่วย	7.7973	2.4187	.4535	.7734
2. ท่านใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดคุย	7.7840	2.0789	.6847	.6460
3. ท่านเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	7.6827	2.3616	.5644	.7142
4. ท่านแสดงความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วย	7.7520	2.2939	.5801	.7056
ค่าความเชื่อมั่นด้านการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย = .7674				
การให้กำลังใจและให้ความหวัง				
5. ท่านแสดงท่าทางชื่นชมในความพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น พักหน้า ยิ้ม โอบกอด เป็นต้น	8.9360	7.0921	.4210	.7698
6. ท่านพูดให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีในตัวเอง	9.0213	5.8177	.7070	.6684
7. ท่านกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เห็นสิ่งที่ดีในตัวเอง	9.0000	6.0000	.7184	.6678
8. ท่านบอกผู้ป่วยให้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของเขา	8.9013	6.5437	.5997	.7116
9. ท่านให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น การดำเนินโรค การรักษา เป็นต้น	8.9200	7.4214	.3121	.8068
ค่าความเชื่อมั่นด้านการให้กำลังใจและให้ความหวัง = .7717				
การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันที่				
10. เมื่อผู้ป่วยมีการทําให้การช่วยเหลือเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น เข้าไปพูดคุย สอบถาม เสนอตัวเพื่อช่วยเหลือ ฯลฯ	1.9200	1.0203	.5527	
11. เมื่อผู้ป่วยแยกตัว ท่านเข้าไปพูดคุยนั่งเป็นเพื่อน หรือกรณีที่ผู้ป่วยวุ่นวายเรื่องของผู้อื่นมากเกินไป ท่านได้ชักชวนให้ผู้ป่วยหันมาสนใจเรื่องของตัวเอง	2.2533	.8421	.5527	
ค่าความเชื่อมั่นด้านการสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันที่ = .7098				

ตาราง 24 (ต่อ)

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ				
12. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ	4.9680	1.3947	.4009	.4100
13. ท่านพูดคุยถึงความรู้สึกและความต้องการ ของท่านอย่างเปิดเผย	5.4560	.8263	.2920	.7283*
14. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ชัดเจนและ เข้าใจง่าย	4.9573	1.3779	.5173	.3059
หมายเหตุ : ข้อ 13* ตัดออก				
12. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่เป็นธรรมชาติ	2.7333	.2335	.5763	.
14. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยคำพูดที่ชัดเจนและ เข้าใจง่าย	2.7227	.2919	.5763	.
ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ = .7283				
แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้ง ด้านบวกและด้านลบ				
15. ท่านให้อภัยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	7.0000	3.7166	.5251	.6925
16. ท่านให้โอกาสผู้ป่วยอธิบายสาเหตุของ พฤติกรรมที่เกิดขึ้น	7.3173	2.9712	.5667	.6663
17. ท่านรับฟังเรื่องราวทุกเรื่องของผู้ป่วยบน เล่า หรือระบายให้ฟัง	7.2213	3.1621	.5350	.6837
18. ท่านพยายามทำความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริง ของปัญหาหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย	7.2693	3.5449	.5336	.6846
ค่าความเชื่อมั่นด้านการแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ = .7414				
แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล				
19. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหาร่วมกัน	6.0507	5.8664	.7602	.8151
20. ท่านวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยในการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น	6.2293	5.5890	.7423	.8222
21. ท่านชักชวนหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตามแนวทางแก้ไขปัญหาที่ได้พูดคุยกันไว้	6.0427	5.7950	.7683	.8114
22. ท่านสังเกตหรือติดตามการเปลี่ยนแปลงของ พฤติกรรมตามที่ได้ตกลงกันไว้	5.8373	6.4093	.6124	.8721
ค่าความเชื่อมั่นด้านการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล = .8679				

ตาราง 25 (ต่อ)

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย				
23. ท่านบอกผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆไป ด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น อ้วนขึ้น ผอมลง เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล แต่งกายไม่สะอาด ผิวหนังเป็นผื่น ฯลฯ	4.3547	2.8605	.5264	.6703
24. ท่านบอกผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงด้าน อารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ซึมลง เฉยชา หงุดหงิด โกรธง่าย หรือแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมเป็นต้น	4.4720	2.4424	.6084	.5672
25. ท่านบอกถึงการเปลี่ยนแปลงด้านการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่นของ ผู้ป่วย เช่น แยกตัว หรือรู่ทวยเรื่องของผู้อื่นมากเกินไป ฯลฯ	4.7476	2.3180	.5268	.6784
ค่าความเชื่อมั่นด้านการชี้แนะให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย = .7270				
การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิด ความรู้สึกปลอดภัย				
26. ท่านเก็บวัตถุและสิ่งของที่อาจเป็นอันตราย ต่อผู้ป่วยไว้อย่างมิดชิด	7.7813	10.6900	.4699	.6601
27. ท่านระมัดระวังไม่ให้เกิดการดูว่ากล่าว ตำหนิหรือทำร้ายผู้ป่วย	7.5547	10.2263	.4433	.6694
28. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางตัวหรือ การแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น การรู้จัก ทักทาย การพูดคุยกับผู้อื่น ฯลฯ	7.7360	11.1948	.3210	.7161
29. ท่านดูแลหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยดูแล ความสะอาดเสื้อผ้า ร่างกาย	7.8347	9.3469	.5425	.6261
30. ท่านดูแลหรือกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน เช่น ออกกำลังกาย และ การ พักผ่อนอย่างเพียงพอ ฯลฯ	7.9733	9.4485	.5604	.6190
ค่าความเชื่อมั่นด้านการจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย = .7085				

ตาราง 25 (ต่อ)

มิติการประเมิน/ ข้อ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อ				
การดำรงชีวิต				
31. เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ท่านให้การช่วยเหลือ หรือพาไปพบแพทย์	9.9680	7.4428	.3868	.8055
32. ท่านจัดบ้านให้น่าอยู่ สะอาด และอากาศ ถ่ายเทสะดวก	9.7760	7.5914	.4496	.7778
33. ท่านดูแล หรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้ รับประทานอาหารอย่างเพียงพอ	9.6373	7.1783	.5717	.7397
34. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานตามจำนวน หรือขนาดที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทาน	9.6667	6.4688	.7276	.6859
35. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานตรงตาม เวลาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยรับประทาน	9.6347	6.6282	.7064	.6947
ค่าความเชื่อมั่นด้านการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต = .7837				
ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของ				
ชีวิต				
36. ท่านชักชวนผู้ป่วยพูดคุยหรือถาม สารทุกข์สุกดิบในแต่ละวัน	7.8827	8.3391	.4604	.6762
37. ท่านร่วมกิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วยในแต่ละวัน อย่างสม่ำเสมอ เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ฯลฯ	7.8240	8.3326	.4217	.6892
38. ท่านสนับสนุนหรือพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว เช่น ไปจ่าย ตลาด ไปงานบุญต่างๆ ฯลฯ	8.3760	7.1604	.5405	.6408
39. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ ธรรมชาติและ ความเป็นจริงของชีวิต	8.3227	7.4598	.5423	.6412
40. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำหลักคำสอนทาง ศาสนาไปปฏิบัติ	8.3200	7.6995	.4206	.6939
ค่าความเชื่อมั่นด้านการช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต = .7167				
รวม 39 ข้อ			ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .9075	



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวมยุรี กลับวงษ์
วันเดือนปีเกิด	วันที่ 20 พฤศจิกายน พุทธศักราช 2500
สถานที่เกิด	จังหวัดปทุมธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 5/111 หมู่บ้านโกสุมสามัคคี 2 แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10210
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ สังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2516	มัธยมศึกษาตอนต้น จาก โรงเรียนมัธยมสาธิตวัดพระศรีมหาธาตุ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2518	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนรุจิเสวีวิทยา กรุงเทพมหานคร
พ.ศ.2522	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
พ.ศ.2528	วุฒิบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีระวิทยุ
พ.ศ.2533	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ.2552	ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นการวิจัย) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ