

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแล

ผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล *

Factors Affecting Burnout and Care Behavior

of Caregivers of Schizophrenic Patients

มยุรี กลั้ววงษ์***

ผจงจิต อินทสุวรรณ***

วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี***

นันทิกา ทวีชาชาติ****

Mayuree Glubvong, Pachongchit Intasuwan, Wiladkak Chuawanlee and Nantika Thavichachart

บทคัดย่อ :

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย และตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ ความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 375 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดให้ตอบด้วยตัวเอง ทั้งหมด 8 ส่วน ได้แก่ ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ดูแลและสถานะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย แบบวัดบุคลิกภาพ MPI แบบวัดความเครียด แบบวัดกลวิธีจัดการกับปัญหา แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความเหนื่อยหน่าย และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสังคมศาสตร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ใช้โปรแกรม LISREL ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเส้นอิทธิพลมีนัยสำคัญทาง

* ปรินญาณิพนธ์ วท.ด.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

*** รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

***** ศาสตราจารย์ พบ., วุฒิบัณฑิตผู้เชี่ยวชาญ สาขาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร รวมทั้งค่าการทดสอบความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า โดยแบบจำลองสุดท้ายมีค่าสถิติดังนี้ 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 สำหรับอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลต่อตัวแปรผล พบว่า ตัวแปรบุคลิกภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียดของผู้ดูแลมากที่สุด นั่นคือบุคลิกภาพของผู้ดูแลที่ต่างกันจะส่งผลให้มีระดับความเครียดต่างกัน นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย และถ้าผู้ดูแลมีกลวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ส่วนอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยต่อตัวแปรผล พบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่นานจะมีความเครียดสูง แต่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมากขึ้นจะส่งผลให้ความเครียดจะลดลง และการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่เป็นมานานหรือมีมากจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูง ส่วนผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงจะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลลดลง ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลต่ำลง

คำสำคัญ : ความเหนื่อยหน่าย พฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท

Abstract :

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. Social statistic package is used to analyze descriptive statistics of the data . LISREL 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 = 0.011;

SRMR = 0.054; GFI (Goodness-of-fit index) = 0.95; AGFI = 0.91; CN = 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.

Key words : Burnout, Care behavior, Schizophrenic patient

บทนำ

โรคจิตเภท จัดเป็นความผิดปกติทางจิตเวช ในกลุ่มโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิดและพฤติกรรมอย่างมาก (สันชัย วสุนธรา, 2547: 11) อาการผิดปกติจะเริ่มในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด เรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548:122-124) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทาน อาหาร น้ำ การขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ และการพักผ่อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ (รัชนิกร อุปเสน, 2541: 104) การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงมีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายหรือบรรเทาลง ป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ โดยการให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะทำให้มีอาการกำเริบ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ, 2550 : ออนไลน์) ครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อจากบุคลากรทีมสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ใน

ระยะเวลายาวนานกว่าทีมผู้รักษา โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539:86) เป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ และดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

การดูแลจะต้องเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้ง 3 มิติ คือ กาย จิตและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ เป็นการปฏิบัติต่อกันด้วยความรัก เคารพในความเป็นบุคคล มีเหตุผล และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพชีวิตที่เป็นสุข จนถึงระดับของความพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ขณะเดียวกันผู้ดูแลต้องเกิดความพึงพอใจ สุขใจที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Leininger, 1991:181) แต่ในทางปฏิบัติผู้ดูแลหลัก จะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการดูแล (Baker, 1989 : 31) เนื่องจากความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ ความบกพร่องด้านการสื่อสารกับคนรอบข้าง ไม่เข้าใจคำแนะนำของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถที่จะเริ่มพูดคุยกับคนอื่น กลัวคนแปลกหน้า

แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความอดทน ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ เป็นต้น (นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ชนมม สุยะชีวัน, 2536 : 29 - 35; Martha, 2007 : online) หรือบางรายไม่สามารถบอกให้ญาติทราบถึงอาการเตือนสำคัญที่จะทำให้มีอาการกำเริบและกลับป่วยซ้ำอีกได้ เช่น นอนไม่หลับ เสรีใจ ท้อแท้ หดหู่ ฯลฯ (พวงเพ็ญ เจียมปัญญารักษ์ และคณะ, 2542 : 45-54) ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมเหล่านี้ จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ทุกข์ทรมาน และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ หรือบางรายก็จะทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสุขภาพทรุดโทรม (นันทิกา ทิวาชาติ และคณะ, 2539)

ปรากฏการณ์เช่นนี้ แสดงให้เห็นถึงปฏิกิริยาในการปรับตัวของผู้ดูแลเพื่อรักษาสมดุลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด ด้วยการใช้ความพยายามทางปัญญาและ พฤติกรรมในรูปแบบที่แตกต่างกันไป ถ้าผู้ดูแลรับรู้ว่ามีสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นความเครียดที่เรื้อรังยาวนานเกินความสามารถในการปรับตัว ก็จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต นำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย ซึ่งถือเป็นความล้มเหลวในการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียด (Muldary, 1983: 17 -19; Lazarus and Folkman, 1984:234-238) โดยอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความเหนื่อยหน่าย คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้ป่วยและผู้อื่น การไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน ตั้งแต่ระดับต่ำ จนถึง ระดับสูง (Maslach and

Jackson, 1981) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล แมซแลช (Maslach, 1986 : 56-63) อธิบายไว้ว่า ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ บุคลิกภาพ ความเครียด และกลวิธีจัดการกับปัญหา เป็นต้น และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล แต่เมื่อผู้วิจัยพิจารณาตัวแปรต่างๆ ที่พบจากการทบทวนแนวคิดและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาจไม่เหมาะสมกับบริบทในการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นมาจากบริบทที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเบื้องต้น โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลจำนวน 6 คน ซึ่งทำให้เห็นตัวแปรในบริบทจริงบางตัวแปรที่ยังไม่ได้นำเสนอไว้ในทฤษฎี ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเป็นตัวแปรในกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย

แต่จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล พบแต่การศึกษาเฉพาะบางตัวแปร หรือกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจะเป็นกลุ่มวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย เท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะต่างจากผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน จึงเป็นการยากที่จะนำข้อมูลมาใช้ในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความเครียด และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมและจัดการ

แก้ไขตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีตัวแปรข้างต้นทั้งปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย เป็นตัวแปรที่ถูกกำหนดไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย ที่จะนำไปพิสูจน์ยืนยันกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าผลที่ได้ไปใช้ในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปร ในกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเหนื่อยหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยนอก ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส หรือบิดา มารดา หรือบุตร หรือพี่ หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ที่มีหน้าที่โดยตรงช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาดังแต่ 6 เดือน ขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใดๆ และเป็นผู้ดูแลที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จำนวน 375 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

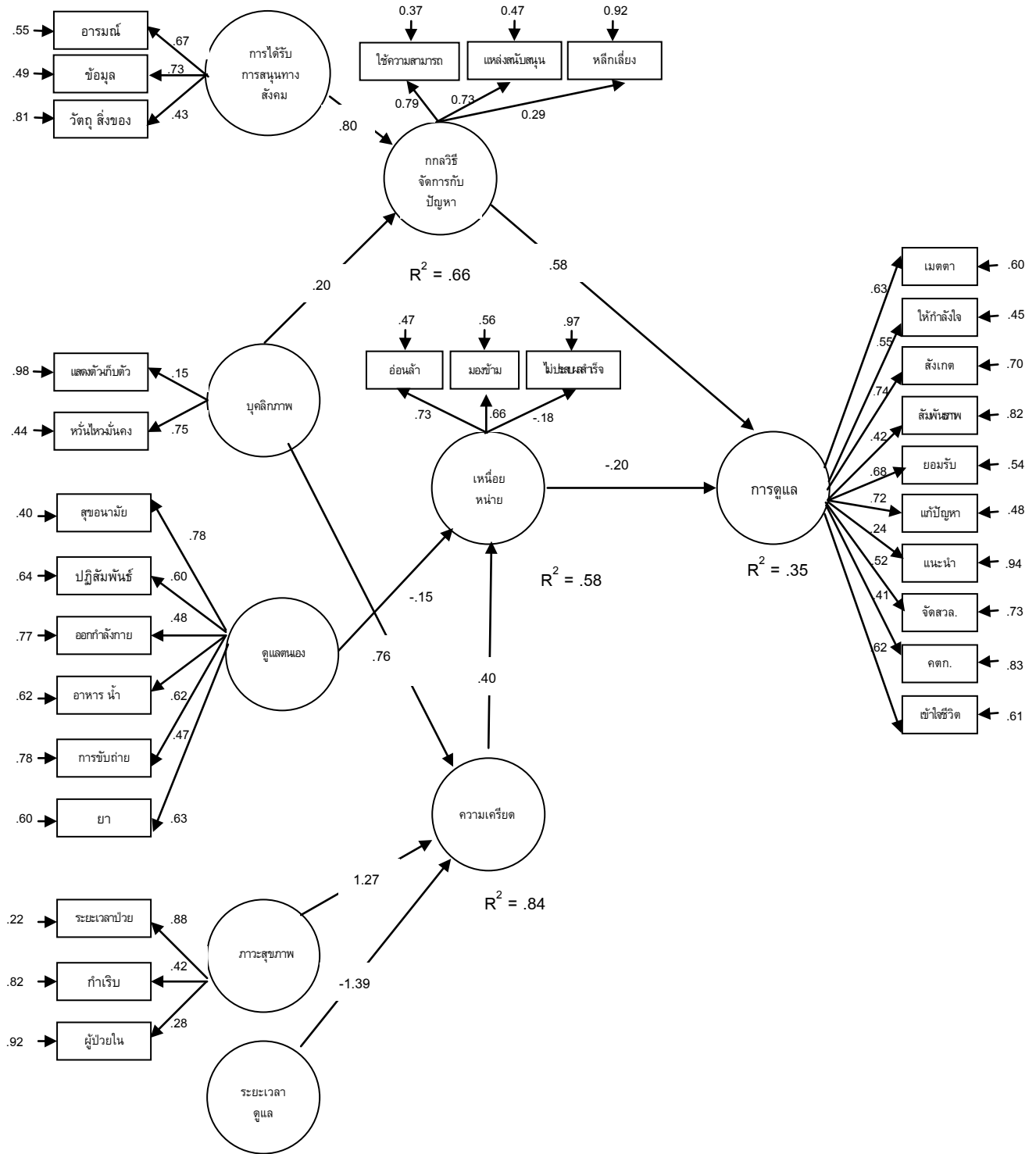
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบวัดลักษณะทางชีวสังคม ส่วนที่ 2 แบบวัดบุคลิกภาพ MPI (แสงสุริย์ สำอางกุล, 2534.2 ; ขวัญจิตร ยิ่งยวด, 2544 : 65 อ้างอิงจาก สมทรง สุวรรณเลิศ และคณะ, 2512: 17-29) ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดสวนปรุง ของกรมสุขภาพจิต (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) ส่วนที่ 4 แบบวัดกลวิธีการจัดการกับปัญหา ใช้เครื่องมือวัดที่สร้างขึ้นโดยไฟรเดนเบิร์กและลูวิส (Frydenberg & Luwis, 1990) ได้พัฒนาขึ้น นำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย วิณามิ่งเมือง (2540) ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (มยุรี กัลป์วงษ์, 2551) ส่วนที่ 6 การวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ เซฟเฟอร์

และคณะ (ที่ปรึกษา สุธาชัย, 2543 อ้างอิงจาก Schaefer et al, 1981) ส่วนที่ 7 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย ใช้เครื่องมือวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดยแมชแลช และ แจคสัน (Maslach & Jackson, 1986) และได้รับการนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย สิริยา สัมมาวาจ(2532) และ ส่วนที่ 8 คือ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท(ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) เครื่องมือทุกชุด ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และนำมาหาค่าความสอดคล้อง (IOC) คัดเลือกข้อคำถามที่ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ไว้ (อรพินทร์ ชูชม, 2545:340) ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยวิเคราะห์ห่อองค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) และการวิเคราะห์ห่อองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) และแบบสอบถามทุกชุด ได้ผ่านการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item analysis) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคะแนนรวมเป็นบวกและมีค่าตั้งแต่

.30 ขึ้นไป (Aiken, 2003: 66-67) ไปใช้ในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป

ผลการวิจัย

1. แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล หลังจากการปรับแบบจำลองแล้ว พบว่า เส้นอิทธิพลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .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 แสดงว่าแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ที่ปรับใหม่ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถนำมาอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลได้ ดังภาพประกอบ 1



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

ภาพประกอบ 1 แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล หลังจากที่ได้ให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดมีความสัมพันธ์กัน

2. การพิจารณาอิทธิพลรวม (Total effects) พบว่า ตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลมากที่สุดต่อความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัวแรก คือ บุคลิกภาพ สภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย และความเครียด ส่วนตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย 3 ตัวแรก คือ กลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

3. ผลการทดสอบอิทธิพลทางตรง และอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล พบว่า ตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อตัวแปรผล คือ ตัวแปรบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียด รองลงมาคือ ตัวแปรกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแล และตัวแปรความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย

นอกจากนี้พบผลการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแล โดยพบว่า บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อกลวิธีจัดการกับปัญหา และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียด กลวิธีจัดการกับปัญหา และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล และพบว่า ความเครียดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแล ผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

4. ผลการทดสอบอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย พบว่า ตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อตัวแปรผล คือ ตัวแปรระยะเวลาในการดูแล

ผู้ป่วยมีอิทธิพลในทางลบต่อความเครียดของผู้ดูแล รองลงมาคือ ตัวแปรสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อความเครียดของผู้ดูแล และตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล

ขณะเดียวกันก็พบว่า สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแล ผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล รวมถึงพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่านกลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้พบผลการวิจัยเพิ่มเติมว่า สภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียด และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล โดยพบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผ่านความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

5. ผลการทดสอบอิทธิพลของตัวแปรความเหนื่อยหน่าย พบว่า ความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล นอกจากนี้ ความเหนื่อยหน่าย ยังมีอิทธิพลกั้นกลางระหว่างบุคลิกภาพกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และมีอิทธิพลกั้นกลางระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย รวมถึงมี

อิทธิพลคั่นกลางระหว่างสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และมีอิทธิพลคั่นกลางระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย (ผลการวิจัยข้อ 2 ถึงข้อ 5) ดังแสดงตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง(Direct effects: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effects: IE) อิทธิพลรวม (Total effects : TE) ของตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R²)

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 สภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (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	

อภิปรายผล

1. อิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยภายในบุคคลของผู้ดูแลที่มีต่อตัวแปรผล

1.1 ตัวแปรบุคลิกภาพ ผลการทดสอบชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีบุคลิกภาพต่างกันจะมีผลทำให้เกิดความเครียดต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากบุคลิกภาพ

เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่บ่งชี้ความเป็นปัจเจกบุคคลและเป็นสิ่งที่กำหนดรูปแบบการคิด แรงจูงใจ พฤติกรรมหรือลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ของบุคคลนั้น (Pervin, 1993 : 3; Ryckman, 2004 : 4) และถ้าพิจารณาถึงองค์ประกอบของตัวแปรจะพบว่า

อิทธิพลของบุคลิกภาพในมิติสภาวะอารมณ์ (หัวน้ใจ-มันคง) มีความสำคัญมากกว่า บุคลิกภาพในมิติของพฤติกรรมการแสดงออก (ชอบสังคม-เก็บตัว) ซึ่งอธิบายเพิ่มเติมได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เข้าร่วมวิจัย พบว่า ผู้ดูแลบางรายต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่ญาติสายตรง หรือกรณีที่เป็นญาติห่างๆ จะเป็นผู้ที่มีลักษณะอารมณ์มันคง มีเหตุผลยึดหยุ่น มองโลกในด้านดี โดยจะบอกว่า “ถ้าไม่มีคนดูแล เขาป่วยแล้วนี่ เราก็ต้องดูแล ไม่รู้ว่าจะไปเรียกรักษาไหม ยังพอคุยกันได้ก็ต้องช่วยกันดูกันไปก่อน” และขณะเดียวกันผู้ดูแลบางคนที่เป็นญาติสายตรงจะแสดงอารมณ์หงุดหงิด กังวล รู้สึกลำบาก เป็นภาระที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้เก็บข้อมูลถึงปัญหา ความทุกข์ยากต่าง ๆ เป็นเวลานานมาก โดยไม่สนใจว่าผู้ป่วยนั่งรออยู่ โดยจะบอกว่า “ฉันลำบากมากที่ต้องมาคอยดูแลมัน ไม่รู้ทำเวรกรรมอะไรไว้ ทุกวันนี้ฉันไม่เคยรู้หรือกว่าความสุขมันเป็นอย่างไง มีแต่ความทุกข์เครียดเรื่องของมันนี่ล่ะ พูคะอะไรผิดนู่นไม่ได้เลยละ เป็นเรื่อง” สอดคล้องกับที่ มัลดารี (Muldary, 1983 : 102-119) ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลที่เชื่อมั่นในตนเองสูงจะคิดว่าตนเองมีศักยภาพในการจัดการควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างได้ หรือคนที่มักจะหวังพึ่งพาสิ่งแวดล้อมภายนอกอยู่ตลอดเวลา เมื่อประสบความผิดหวัง คนกลุ่มนี้จะรู้สึกล้มเหลว บุคคลที่ไม่ได้รับการฝึกฝนเตรียมในการทำงานเพียงพอ เมื่อต้องทำงานภายใต้ความกดดันจะมีความเครียดสูง ประสบกับภาวะซ็อกในการปฏิบัติงาน เมื่องานมิได้เป็นไปตามที่ตนคาดหวังไว้

นอกจากนี้พบผลการวิจัยเพิ่มเติมว่า บุคลิกภาพของผู้ดูแลที่ต่างกันจะมีกลวิธีจัดการกับปัญหา

ต่างกัน ซึ่งแนวคิดของเคลและคavanaugh (Kail & Cavanaugh, 2007) ก็สนับสนุนผลการวิจัยในส่วนนี้ กล่าวคือ ผู้ที่มีบุคลิกภาพเป็นแบบเครียดง่าย จีโมโทด ก้าวร้าว กระสับกระส่าย ใจร้อน อยู่ไม่นิ่ง เมื่อประสบกับปัญหาหรือเกิดความทุกข์ใจ จะมีแรงจูงใจ มีทัศนคติที่ดีในการเร่งแก้ไขปัญหา และปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาย่างเคร่งครัด ขณะที่ผู้ที่มีบุคลิกภาพในทางตรงข้าม คือ ใจเย็น ปล่อยให้ทุกอย่างที่เกิดขึ้นดำเนินไปเรื่อย ๆ และเมื่อประสบกับปัญหาก็จะไม่เร่งแก้ไขจนทำให้เกิดผลเสียตามมาได้ และการที่บุคคลไม่แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ก็ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Muldary, 1983 : 1-3)

ส่วนผลการวิจัยที่พบเพิ่มเติมว่า บุคลิกภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียด กลวิธีจัดการกับปัญหา และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่มีลักษณะอารมณ์หัวน้ใจ จะมีการจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายสูง และเมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงจะทำให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่ำลง ซึ่งผลการวิจัยในส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลอนงค์ ศรีชัยรัตน์ (นวลอนงค์ ศรีชัยรัตน์, 2534 : 63) ที่ว่า บุคลิกภาพที่ต่างกันมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีบุคลิกภาพประเภทอารมณ์หัวน้ใจ มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงสุด และบุคลิกภาพเชิงสภาวะอารมณ์สามารถทำนายความ

เหนื่อยหน่ายได้ รวมถึงการศึกษาของ พรทิพย์ สุรโยธิน รัชสิมา (2537) ก็พบว่า บุคลิกภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ซิมิซุทานิ และคณะ (Masahiro Shimizutani et al, 2008) ที่พบว่า บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับกลวิธีจัดการกับปัญหาและความเหนื่อยหน่าย โดยได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลกับลักษณะบุคลิกภาพและกลวิธีจัดการกับปัญหา ผลจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อารมณ์หวั่นไหวง่าย จะเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายในงาน บุคคลที่เกี่ยวข้อง และผู้ป่วยที่ให้การดูแล สูงกว่าผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert) โดยผลการวิจัยของเขาพบว่าในกลุ่มพยาบาลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อยู่ในระดับสูง อารมณ์หวั่นไหวง่าย และกลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert) เมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย จะใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมีประสิทธิภาพเนื่องจากพยาบาลได้ถูกฝึกให้ใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพมาจากหลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาล และอีกส่วนหนึ่งถูกฝึกอบรมมาจากครอบครัว ดังนั้นการศึกษาดังกล่าวอาจสนับสนุนผลการศึกษารั้งนี้เพียงบางส่วน คือ พยาบาลทั้งกลุ่มที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบแนวโน้มประสาท (Neurotic) อยู่ในระดับสูง อารมณ์หวั่นไหวง่าย และกลุ่มที่มีบุคลิกภาพแบบแนวโน้มชอบสังคม (Extrovert) เมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วย จะใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ ซึ่งต่างจากผลการวิจัยใน

ครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีลักษณะอารมณ์หวั่นไหวจะมีกลวิธีจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลหลัก ต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง โดยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน (วราวรรณ ยศธรรมเสนี, 2537:19) จึงเป็นจุดที่แตกต่างกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อนที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

1.2 ตัวแปรความเครียด

ผลการทดสอบ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายสูงขึ้นด้วย และพบผลการวิจัยเพิ่มเติมว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงจะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายสูง และเมื่อผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายสูงก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลโดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ต้องอุทิศตนในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความยุ่งเหยิงภายในครอบครัว ครอบครัวต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและผู้ดูแลเองก็มีงานที่ต้องทำมากมาย ท่วมท้นไปหมด และเมื่อปัจจัยเหล่านี้ยังคงอยู่โดยไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ดูแลจะเกิดความเครียด มีความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นระยะเวลานาน บางครั้งผู้ดูแลจะรู้สึกว่าสถานการณ์ปัญหาหลายอย่างดูเหมือนจะแก้ไขได้ลำบาก รู้สึกว่าทุกอย่างสิ้นหวังไปหมด และเป็นการยากที่จะรวบรวมพลังให้กลับมาสามารถดูแลผู้ป่วยได้ จึงปล่อยให้ทุกอย่างเป็นไปตามยถากรรม (Melinda Smith et al, 2007 : online) และผลการศึกษาที่

สนับสนุนผลการวิจัยในส่วนนี้ คือ ผลการศึกษาของ เบเกอร์ (Baker, 1989) ที่ได้ศึกษาความเครียดของ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท และรายงานว่าสมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ต้องประสบกับความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือระดับประคองแล้ว ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย หลายครอบครัวมีความเศร้าโศกอย่างต่อเนื่อง หลังจากที่ได้ญาติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ดังนั้นในการศึกษานี้ ความเครียดของผู้ดูแลจึงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความเหนื่อยหน่าย และมีอิทธิพลทางอ้อมในทางลบต่อพฤติกรรมดูแลผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

1.3 ตัวแปรกลวิธีจัดการกับปัญหา

ผลการทดสอบ พบว่า การที่ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่สูงด้วย และอิทธิพลของกลวิธีจัดการกับปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาคือความสามารถของตนเอง และการจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ มีความสำคัญมากกว่าการหลีกเลี่ยงปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่อธิบายไว้ว่า กลวิธีจัดการกับปัญหาจัดเป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึงการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลในการแก้ไข หรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อทำให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนั้นคลี่คลายลง โดยลักษณะการทำงานของกลวิธีจัดการกับปัญหามี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และลักษณะที่ไม่มี

ประสิทธิภาพ ซึ่งลักษณะการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ กลวิธีจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง คือ การที่ผู้ดูแลพยายามใช้ความสามารถของตนเองมาจัดการกับปัญหา หรือความเครียด และ กลวิธีจัดการโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ คือ การที่ผู้ดูแลพยายามหาความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ในการจัดการกับปัญหา หรือความเครียด ส่วนลักษณะการจัดการกับปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ กลวิธีจัดการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งจะทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข (วิณา มิ่งเมือง, 2540 อ้างอิงจาก McCrae & Costa, 1986 Cited in Kleinke, 1997; Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้น ตัวแปรกลวิธีจัดการกับปัญหา น่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

2. อิทธิพลของตัวแปรสาเหตุในกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมการดูแลที่มีต่อตัวแปรผล

2.1 สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ผลการทดสอบพบว่า สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่เป็นมานานหรือมีมากจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูงขึ้น และอิทธิพลของสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีความสำคัญมากกว่า การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทั้งนี้ การที่ตัวแปรระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีความสำคัญมากกว่า ตัวแปรการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการความผิดปกติในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์

และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548 ; National Research Council of Thailand, 2007 : online) จึงเป็นภาระของผู้ดูแล ที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน และผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความพิการ หรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (World Health Organization, 2001) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาในขนาด และระยะเวลาที่เหมาะสม ร่วมกับการบำบัดทางด้านจิตสังคม รวมถึงการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล กรณีที่มีเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (Gale Encyclopedia of Medicine, 2002: online) ทำให้ “ผู้ดูแลหลัก” (Primary caregiver) ต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่ยาวนาน ต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น หรือความเครียดเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุในเวลาเดียวกัน ผู้ดูแลจะไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไป และต้องพบกับภาวะที่อ่อนล้า หมดกำลังในการที่จะต่อสู้หรือจัดการกับความเครียดที่เผชิญอยู่ไปในที่สุด (Selye, 1956) ส่วนอิทธิพลของตัวแปรการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่พบว่ามี ความสำคัญน้อยกว่า 2 ตัวแปรที่กล่าวมาแล้ว ทั้งนี้เนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบอย่างรุนแรง จนแพทย์พิจารณาให้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548: 131-132)

และพบว่า สถานะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่เป็นมานานหรือมีมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย ขณะเดียวกันก็ส่งผล

ให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน (World Health Organization, 2001) ดังนั้น จึงมีเหตุผลสมควรว่า สถานะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

2.2 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลดูแลผู้ป่วยนานมากขึ้นจะทำให้ความเครียดลดลง แต่ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่นานจะมีความเครียดสูง และพบว่า ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานส่งผลให้มี ความเหนื่อยหน่ายน้อยลง และเมื่อความเหนื่อยหน่ายน้อยลงก็จะทำให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิริบอเก้และ ไบเลย์ (Chiriboga & Bailey, 1986: 84-91) ที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย จะเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมาก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นที่พบว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 5 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 6 - 10 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ตามลำดับ (สิระยา สัมมาวาจ, 2532: 48 ; นวลอนงค์ ศรีชัยรัตน์, 2534: 95 ; จันทรา วีรปฏิญญา, 2537: 116) และ แมซแลช (Maslach, 1986: 60) ก็ได้อธิบายไว้เช่นกันว่า ระยะเวลาเป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึงประสบการณ์ในการทำงาน โดยบุคคลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความเหนื่อยหน่าย

น้อยกว่าบุคคลที่ปฏิบัติงานมาระยะสั้น ทั้งนี้เพราะ วิทยุติและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้บุคคลมีการปรับตัว มองโลกกว้างไกลและสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น

2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายต่ำลง และการที่ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายต่ำลง จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และอิทธิพลของความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การดูแลตนเองด้านการรับประทานยา และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา มีความสำคัญมากกว่าตัวแปรอื่น ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลด้อยลงในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การเรียนหนังสือ การทำงาน การขาดที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และการดำเนินชีวิตในสังคม (Keks, Mazumdar, & Shields, 2000) ดังนั้น จึงเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในเกือบทุกด้านของชีวิตเป็นระยะเวลายาวนาน (World Health Organization, 2001) นับเป็นภาวะที่ผู้ดูแลได้รับความกดดันทางอารมณ์อย่างซ้ำซากจากการที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นเวลานาน และจากการที่เป็นผู้ให้บริการมากกว่าผู้รับ ผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยหน่าย มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เกิดความรู้สึกที่ช่วยตนเองไม่ได้ หมดหวัง ขาดความสนใจและขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน และการดำเนินชีวิต (Pines & Aronson, 1981) แต่ถ้าพิจารณาในทางกลับกัน โดยใช้แนวคิดของ มัลดารี (Muldary, 1983

: 1-3) ที่อธิบายว่า การที่บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ก็จะสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล และด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา จะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลง และจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ดังนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล และด้านการรับประทานยา และจัดการกับอาการข้างเคียงของยา น่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อในทางลบต่อความเหนื่อยหน่าย และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผ่านความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

2.4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะช่วยให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และ อิทธิพลของการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสำคัญมากกว่า การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน

ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะช่วยให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antonovsky, 1982: 189-190 ; Lazarus & Folkman, 1984: 249-251) และการได้รับความช่วยเหลือ

ประทับใจประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมถึงครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่ใกล้ชิด มีคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้ยามทุกข์ และการได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการ จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984: 249-251; Cohen & Wills, 1985: 44-46) และจากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ก็พบว่า ผู้ดูแลมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน หรือคนอื่น ๆ ในชุมชน ทำให้รู้สึกว่าตัวเองไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก ยังมีที่พึ่ง อย่างเช่นเวลาที่ผู้ป่วยอาละวาด ทำร้ายคนในบ้านหรือผู้ดูแลเอง ก็จะมีเพื่อนบ้านที่ให้ที่พักสำหรับหลบหนีการอาละวาดของผู้ป่วย และเพื่อนบ้านก็ยังช่วยจับผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจิตเวชด้วย นอกจากนี้ ญาติ หรือคนในครอบครัวยังช่วยเตือนสติไม่ให้ตนเองรู้สึกท้อแท้หรือทำในสิ่งที่ไม่ถูกไม่ควร เช่น เมื่อผู้ดูแลมีความคิดจะฆ่าผู้ป่วย หรือไม่สนใจในความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ฯลฯ ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ น่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

3. อิทธิพลของความเหนื่อยหน่ายที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.1 ตัวแปรความเหนื่อยหน่าย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะส่งผลให้

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลต่ำลง และอิทธิพลของความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกไม่ประสบผลสำเร็จในงาน (ซึ่งในที่นี้หมายถึง การดูแลผู้ป่วย) มีความสำคัญมากกว่าด้านความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์และด้านการมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น ผลการวิจัยในส่วนนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ แมซแลช (Maslach, 1986 : 3) ที่อธิบายว่า ความเหนื่อยหน่ายเป็นผลสืบเนื่องจากความเครียดจากการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานด้านบริการซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดเวลาในฐานะผู้ให้บริการ ต้องเผชิญกับปัญหาและรับฟังความทุกข์ยากของผู้คนอยู่ตลอดเวลา และมัลดารี (Muldary, 1983 : 1-3) ก็อธิบายไว้เช่นกันว่า การที่บุคคลทำงานมากเกินไป จะทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงด้วย ดังนั้น ความเหนื่อยหน่ายน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชควรและตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินความเครียดของผู้ดูแล โดยเฉพาะความเครียดที่มีปัจจัยสาเหตุจากบุคลิกภาพ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย และการมีอาการกำเริบของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง และเมื่อความเครียดลดลงจะช่วยส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลลดลง ขณะเดียวกันเมื่อความเครียดลดลง ก็จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

2. ควรเร่งรัดให้การช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

3. ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมการฝึกอบรมผู้ดูแลให้สามารถใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

4. บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูล ข่าสารที่จำเป็นกับการดูแลผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญจิตร ยิ่งยวด. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ธา วีระปริญญญา. (2537). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในการทำงานของพยาบาลสังกัดสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต (สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ สุร โยธี ณ ราชสีมา. (2537). *อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิปประพิน สุขเจียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นวลอนงค์ ศรีชัยรัตน์. (2534). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการ ทำงานของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทิกา ทวีชาชาติ และคณะ. (2539). *การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบกลุ่ม. การป้องกันการกำเริบของ โรคจิตเภท: คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้าน สุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ : Advisory Board.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์; และ ชนมมณ สุยะชีวัน. (2536). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 11(1), 29-35.

- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิราช และคณะ. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13(2), 45-54.
- มยุรี กลั้ววงษ์. (2552). รายงานการวิจัยเรื่อง *การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง คิชยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาชิตี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาชิตีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-94.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- รารวรรณ ยศธรรมเสนี. (2537). *การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทางจิต*. มปท.
- วิณา มิ่งเมือง. (2540). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. (2550). *โรคจิตเภท*. สืบค้นเมื่อ 6 มีนาคม 2550. จาก <http://www.ecitizen.go.th>.
- สันชัย วสุนธรา. (2547). *จิตเภท*. กรุงเทพฯ : สหประชาพานิชย์.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). *ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาชิตี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล วนิตา พุ่มไพศาลชัยพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง*. โรงพยาบาลสวนปรุง : เชียงใหม่.
- แสงสุรีย์ ลำอังก์กุล. (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.
- Chiriboga, D.A. & Bailey, J. (December,1986). Stress and Burnout among Critical Care and Medical Surgical Nurses : a comparative study, *Critical Care Quarterly*, (9),84-92
- Cohen, S. & Wills, T.A. (February, 1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Keks N, Mazumdar P, & Shields R. (2000). New developments in Schizophrenia. *Australian Family Physician*, 29(2),129-136.
- 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.
- Martha A. Churchill. (2007). *Social Security : How to prove you are disabled when you have a mental illness*. Retrieved March 15,2007, from: <http://www.marthachirchill.com/ssmibasic.htm>.
- Maslach,C. and Jackson, S.E.(1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organization Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach,C. and Jackson, S.E.(1986). *Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. New York: Consulting Psychologists Press.
- Melinda Smith. et al.(2007). *Preventing Burnout*. Retrieved October 10, 2007, from http://www.helpguide.org/mental/burnout_signs_symptoms.htm.
- Muldary, Thomas W. (1983). *Burnout : An Health Professional Manifestation and Management*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- National Research Council of Thailand. (2007). *Schizophrenia: What kind of illness is it?*. Retrieved March 15,2007, from: www.nationmultimedia.com/2005/09/13/national/index.php?.
- Pervin, Lawrence A. (1993). *Personality : Theory and Research*. 6th ed. New York : John Wiley & Sons.
- Pines,A., and Aronson,E. and Kafry,D. (1981). *Burnout : From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.
- Kail, Robert V. & Cavanaugh, John C. (2007). *Human Development*. 4th ed. Canada: Thomson Wadsworth.
- 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.

World Health Organization.(2001).

*Schizophrenia: Youth's Greatest Disabler-A
disabling disease*, p26.

Gale Encyclopedia of Medicine. (2002).

Psychosis. Retrieved June 12, 2006, from
www.schizophrenia.com.