

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรัญยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง
กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



นางสาวพัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5801-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, OBJECTIVE BURDEN, FAMILY HARDINESS,
HOPE, AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF SCHIZOPHRENIC PATIENT' S FAMILY
CAREGIVERS IN JITAVEJ KHONKHAEN RAJANAGARINDRA HOSPITAL

Miss Patsatraporn Pongsitthisak

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5081-4

พัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, OBJECTIVE BURDEN, FAMILY HARDINESS, HOPE, AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF SCHIZOPHRENIC PATIENT' S FAMILY CAREGIVERS IN JITAVEJ KHONKHAEN RAJANAGARINDRA HOSPITA) อ. ที่ปรึกษา : อ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 114 หน้า.
ISBN 974-17-5801-4

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 110 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์คุณสมบัติจากผู้มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามภาระเชิงปรนัยในการดูแล แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามความหวัง และแบบสอบถามความผาสุกทางใจ ซึ่งผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88, .69, .88 และ .81 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน ฐานนิยม ค่าสถิติไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์การจรรยา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญ พบว่า

1. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.5) มีอายุเฉลี่ย 45.5 ปี (S.D. =11.20) มีภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว และความผาสุกทางใจในระดับปานกลาง (\bar{X} =4.10, S.D.=1.31; \bar{X} =4.32, S.D. = 0.58 และ \bar{X} =4.34, S.D.= 1.59 ตามลำดับ) และ มีความหวังในระดับค่อนข้างมาก (\bar{X} = 4.85, S.D. = 0.79)
2. เพศและอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความเข้มแข็งของครอบครัว และความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .498 และ .553 ตามลำดับ)
4. ภาระเชิงปรนัยในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.526)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อผู้เขียน.....
ปีการศึกษา.....2546..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4477587336 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD:OBJECTIVE BURDEN / FAMILY HARDINESS / HOPE / PSYCHOLOGICAL WELL-BEING / SCHIZOPHRENIC PATIENT' S FAMILY CAREGIVERS

PATSATRAPORN PONGSITTHISAK : RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, OBJECTIVE BURDEN, FAMILY HARDINESS, HOPE, AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF SCHIZOPHRENIC PATIENT' S FAMILY CAREGIVERS IN JITAVEJ KHONKHAEN RAJANAGARINDRA HOSPITAL. ADVISOR: PENPAKTR UTHIS, Ph.D.,114 pp. ISBN 974-17-5801-4

The purpose of this descriptive research were to study : 1) psychological well being of schizophrenic patient's family caregivers in Jitavej Khonkhaen Rajanagarindra Hospital 2) the relationships between personal factors, objective burden, family hardiness, hope and psychological well-being. The sample were 110 schizophrenic patient's family caregivers selected by purposive sampling method. The research instrument were questionnaires namely: objective burden, family hardiness, hope, and psychological well-being. All questionnaires were tested for content validity, and reliability. The Cronbach's Alpha coefficient reliability were .88, .69, .89 and .81, respectively. Statistical techniques utilized in data analysis were Percentage, Mean, Standard deviation, Chi – square and Pearson product moment correlation.

Major results of this study were as follows:

1. Schizophrenic patient's family caregivers were mostly female (64.5%). They had mean age of 45.5 years. They had scores on objective burden, family hardiness, and psychological well-being in the moderate level ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 1.31; $\bar{X} = 4.32$, S.D.= 0.58 and $\bar{X} = 4.34$, S.D.= 1.59, respectively). The scores on hope was in the rather good level ($\bar{X} = 4.85$, S.D. = 0.79).
2. Sex and age were not significantly related to psychological well-being (p .05).
3. There were moderate positive significantly relationships between family hardiness, hope and psychological well-being of schizophrenic patient's family caregivers (r = .498 and .553, p.05, respectively).
4. There was a moderate negative significantly relationship between objective burden and psychological well-being of schizophrenic patient's family caregivers (r= -.526, p.05).

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature.....

Academic year..... 2003..... Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งชี้แนะแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจตลอดมาศิษย์ กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจเสมอมา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งคณาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการสอบ ถามผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเก็บข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือวิจัย สำหรับการวิจัยใน ครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและ ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อทวี คุณแม่เหมือนใจ และครอบครัวพงษ์สิทธิศักดิ์ อันเป็นที่รัก ประกอบด้วย คุณกรรณิกา คุณวิภารัตน์ และ คุณปิยะดา ที่ได้คอยดูแลห่วงใย ให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุน แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความ มุ่งมั่น ไม่ท้อแท้ มีพลังในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและปรารภนาดี เสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณพ่อคุณแม่ ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
โรคจิตเภท.....	17
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....	23
แนวความคิดความผาสุกทางใจ.....	29
การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางใจ.....	36
แนวคิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว.....	38
แนวความคิดความเข้มแข็งของครอบครัว.....	43
แนวความคิดความหวัง.....	45
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	52
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การหาความตรงตามเนื้อหา.....	62

	หน้า
การหาความเที่ยง	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
5 สรุปและอภิปรายผล.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	84
รายการอ้างอิง.....	86
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	96
ภาคผนวก ข ใบพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม	98
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้วิจัย.....	
ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	108
ภาคผนวก ง แนวคำถามในการสัมภาษณ์ความผาสุกทางใจ	110
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท	
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	114

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	โครงสร้างแบบสอบถามความผาสุกทางใจก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ.....	63
2	จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.....	69
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาระเชิงปรนัยในการดูแล ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์.....	70
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเข้มแข็งของครอบครัว ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์.....	70
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความหวังของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.....	71
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.....	72
7	จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับ ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.....	73
8	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิต เภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.....	74
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง อายุ ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกภูมิภาคทั่วโลก โดยมีอัตราการเจ็บป่วยซ้ำ (Relapse) ค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่จะเป็นรุนแรงและเรื้อรัง และมีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่งของการเจ็บป่วยทางจิต พบประมาณร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยทางจิตทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 1-1.5 ของประชาชนทั่วไปมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ (Gauttiere, 1999; Bethesda, 1999 and Fox & Kane, 1996) ในประเทศไทย มีประชากรร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยทางจิตทุกประเภท คิดเป็นร้อยละ 30.8 ของผู้ป่วยทางจิตทั้งหมด โดยมีสถิติจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางจิตของประเทศต่อประชากร 100,000 คน คือ 828.5 คน และสำหรับภาคต่างๆ มีดังนี้ ภาคเหนือ 886.9 คน ภาคกลาง 777.1 คน ภาคใต้ 542.92 คน กรุงเทพฯและปริมณฑล 594.54 คน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 995.94 คน (กรมสุขภาพจิต, 2546) จะเห็นว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 43.5 ของผู้ป่วยทางจิตทั้งหมด (ศูนย์ข้อมูล ข่าวสารสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผน, ออนไลน์, 1 พฤษภาคม 2547)

โรคจิตเภททำให้เกิดความพร่องทางร่างกาย สติปัญญา สภาวะอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม และกระบวนการคิด ซึ่งจะมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) มีการแยกตนเองออกจากสังคม บางครั้งนั่งยิ้มหัวเราะคนเดียว (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) บางครั้งอาจมีอาการรุนแรงที่เห็นได้ชัดเจน เช่น การทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของเสียหาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นอันตราย ชอบพาลทะเลาะวิวาท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) มีอาการหลงผิดแบบแปลกประหลาดและอาจมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม การแต่งกายสกปรก แปลกหรือสุขอนามัยส่วนบุคคลเลวลง โดยลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) อาการด้านบวกมักจะพบในระยะที่มีอาการกำเริบจะแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้การติดต่อสื่อสารและ

พฤติกรรม อาการที่พบบ่อย คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนอาการด้านลบมักพบในระยะหลังของโรค เช่น อาการแยกตัว ไม่สนใจตนเอง (มานิช หล่อตระกูล, 2544) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ในระดับหนึ่ง โรงพยาบาลก็จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตามนโยบายในการเร่งรัดจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช คือจะให้รักษาแก่ผู้ป่วยจิตเวชในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลันและรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นได้เท่านั้น จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่แม้จะไม่รุนแรงมากต้องกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่วนใหญ่ ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องของผู้ป่วย

ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือและรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน เนื่องจากต้องให้การดูแลและอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยที่มีอาการหลงเหลืออยู่ รวมทั้งต้องนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ตลอดจนให้การฟื้นฟูทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ที่หนักหน่วงนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องกระทำอย่างต่อเนื่องนานนับปี (ศิริรักษา นันทพงษ์, 2542) ทำให้ขาดอิสระ ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมสังคมน้อยลง มีเวลาดูแลตนเองน้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกอ่อนล้าจากการต้องมีบทบาทที่มากเกินไป (Roles overload) เครียด กังวล ทุกข์ใจ จนมีผลต่อเนื่องทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัว (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2536; ยาศิทธิมงคล, 2538; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2542; ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543; เข็้ออารีย์ สาริกา, 2543) จะเห็นได้ว่าการทำหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเกิดความผาสุกทางใจลดลง

ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) ตามแนวคิดของ Bradburn (1969) เป็นประสบการณ์ของชีวิตในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งประกอบไปด้วยสภาพอารมณ์ด้านบวกหรือความรู้สึกด้านบวก (Positive affect) และสภาพอารมณ์ด้านลบหรือความรู้สึกด้านลบ (Negative affect) ซึ่งต่อมา Dupuy (1977 cited in Mcdowell and Newell, 1996) ได้นำแนวคิดความผาสุกทางใจของ Bradburn (1969) มาพัฒนาต่อโดย Dupuy ได้กล่าวถึงความผาสุกทางใจว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ และได้แบ่งองค์ประกอบความผาสุกทางใจเป็นด้านย่อย

คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกทางด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านนี้ จะครอบคลุมสภาพอารมณ์หรือความรู้สึก ทั้งด้านบวกและด้านลบ (Positive affect and Negative affect) โดยปกติบุคคลจะมีสภาพอารมณ์ หรือความรู้สึกทั้ง 2 ด้าน และมีการรับรู้ ความผาสุกทางใจที่แตกต่างกัน ซึ่งถ้ามีสภาพอารมณ์ หรือความรู้สึกด้านบวกมากกว่าสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบจะส่งผลให้บุคคลมีความผาสุก ทางใจมาก แต่ถ้ามีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบมากกว่าสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวก ก็ส่งผลให้บุคคลมีความผาสุกทางใจน้อย

ความผาสุกทางใจมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากถ้าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจมาก ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ก็จะมีสุขภาพจิตดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิต แต่ในทางกลับกัน ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความ ผาสุกทางใจน้อย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีสุขภาพจิตไม่ดี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย จิตเภทที่อยู่ในความดูแลโดยตรง ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต กำเริบ และมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิต นอกจากนี้ ยังพบว่า การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทมีความผาสุกทางใจน้อยจะทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ปรีชา ศตวรรษธำรง และประยุกต์ เสรีเสถียร (2543) ที่พบว่า หนึ่งในสี่ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มักจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช จึงทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้ต่อไป อีกทั้งก่อให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติโดยรวมเป็นอย่างมาก สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องกระทำบทบาท ผู้ดูแล ก็ได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งทางร่างกายและจิตใจเช่นกัน จึงทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้เสี่ยงต่อการ มีความผาสุกทางใจลดลง และอาจเกิดปัญหาต่างๆ ตามมาดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัย จึงตระหนักเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาความผาสุกทางใจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแล แต่ผู้ดูแล แต่ละราย อาจมีความผาสุกทางใจที่มากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ผาสุกทางใจของผู้ดูแล คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (Bradburn, 1969; Berlin and Borden, 1990; Orem, 2001) อายุ (Bradburn, 1969; Krause, et al., 1999 Hamarat, et al., 2001)

ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล (Montgomery, 1985) ความเข้มแข็งของครอบครัว (McCubbin & Thompson, 1986) และความหวัง (Dufault & Martocchio, 1985; Brown, 1989 ; Miller, 1992; Herth, 1992,1993) โดยปัจจัยเหล่านี้ มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

เพศ ตามแนวคิดของ Bradburn (1969) กล่าวว่าไว้ว่า เพศชายมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง โดย Bradburn ได้ศึกษาความแตกต่างของความผาสุกทางใจระหว่างเพศหญิงและชาย จากกรณีที่มีการหย่าร้างกัน พบว่า เมื่อมีการหย่าร้างเกิดขึ้น เพศชายจะยังคงมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Berlin and Borden (1990) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การเผชิญปัญหา และความผาสุกทางใจ ในคู่สมรสของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรัง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย เพศหญิงจะมีระดับความเข้มเขี้ยวสูงกว่าเพศชาย นั่นคือ มีความผาสุกทางใจน้อยกว่าเพศชายนั่นเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า เพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้เพศชายมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง

อายุ ตามแนวคิดของ Bradburn (1969) กล่าวว่าไว้ว่า บุคคลที่มีอายุน้อยจะมีภาวะรับผิดชอบและความวิตกกังวลน้อยกว่าบุคคลที่มีอายุมาก ทำให้มีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกมากกว่าบุคคลที่มีอายุมากและมีความผาสุกทางใจมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก แต่พบว่า มีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน ได้แก่ การศึกษาของ Krause et al. (1999) ที่พบว่าผู้สูงอายุตอนกลางและผู้สูงอายุตอนปลายจะมีความศรัทธาในศาสนาที่ตนนับถือมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น จึงมีความผาสุกทางใจ มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Hamarat et al. (2001) พบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมี ความรู้สึกพึงพอใจและความผาสุกทางใจมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

ภาระในการดูแล (Care burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากที่ผู้ดูแลได้รับ จากกิจกรรมการดูแลโดยตรง และ เป็นอารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบาก ความกดดัน ความหนัก และความเดือดร้อน จากประสบการณ์การดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ ภาวะเชิงอัตนัยในการดูแล (Subjective Burden) และภาวะเชิงปรนัยในการดูแล (Objective Burden) (Montgomery et al., 1985) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาภาวะเชิงอัตนัยในการดูแล เนื่องจากภาวะเชิงอัตนัยในการดูแล หมายถึง สภาพอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกทุกข์ใจ ความอับอาย ความรู้สึกเหมือนติดกับและ ความรู้สึกเกินกำลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Greenberg et al. (1993) พบว่า ภาวะเชิงอัตนัยในการดูแลเป็นความทุกข์ใจ ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึก

สูญเสีย และตราบาป (Stigma) จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งซ้ำซ้อนสภาพ อารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบของบุคคลที่ตอบสนอง ต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ได้แก่ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญด้านหนึ่งของความผาสุกทางใจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ เลือกรศึกษาเฉพาะภาวะเชิงประนีประนอมในการดูแล เนื่องจากภาวะเชิงประนีประนอมในการดูแลไม่ใช่สภาพอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย หากแต่เป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับโดยตรงเห็น ได้เป็นรูปธรรมชัดเจน และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาด้าน สุขภาพ ปัญหาด้าน เศรษฐกิจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Gallant et al, (1998) ที่พบว่า ภาวะเชิงประนีประนอมในการดูแล เป็นลักษณะความยากลำบากของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับโดยตรงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีพฤติกรรมสุขภาพด้านลบในการดูแลตนเอง ทำให้มีความผาสุกทางใจน้อย

ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness) เป็นลักษณะหรือคุณสมบัติ ภายในของครอบครัวที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤต หรือสิ่งที่กระทบต่อครอบครัว ซึ่งความเข้มแข็งของครอบครัว จะช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤตหรือสิ่งที่กระทบ ต่อครอบครัวให้คงอยู่ในภาวะปกติ ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นผูกพัน (Commitment) ความมีอำนาจ ควบคุม (Control) ความท้าทาย (Challenge) ซึ่งต้องผสมผสานกันทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ จึงจะช่วยให้ เกิดความรู้สึกยึดเหนี่ยวกันของสมาชิกในครอบครัว (McCubbin&Thompson, 1986) และทำให้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวเกิดความผาสุกทางใจได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Fink (1995) ที่พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ Penpaktr Uthis (1999) ที่พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ เป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ในการเผชิญ ความเครียด (Coping resources) ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยเอดส์

ความหวัง (Hope) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิตของบุคคล เป็นสภาวะทางด้าน จิตใจ ที่เชื่อมั่นว่าจะได้มาซึ่งสิ่งที่ตนคาดหวังและปรารถนาให้เกิดขึ้น เป็นพลังงานภายในที่แสดงออก ทางด้านความคิด ความรู้สึกและการกระทำ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีความหวังซึ่งเป็นพลัง งานภายในที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก จะทำให้ผู้ดูแล ในครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งทางกายและทางใจ ตลอดจนมีความสัมพันธ์

ที่ดีระหว่างตนและบุคคลอื่น (Dufault & Martocchio, 1985; Brown, 1989; Miller, 1992; Herth, 1992, 1993) ความหวังจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังคุกคามตนอยู่ไม่ใช่สิ่งรุนแรงเกินไป มีทางที่จะแก้ไขได้ ทำให้เกิดพลังกำลัง มีความอดทน และแสดงพฤติกรรมในลักษณะของความเชื่อมั่นว่าจะประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง ความหวังจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความผาสุกทางใจ โดยบุคคลที่มีความหวังสูง เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เป็นปัญหา จะสามารถทำความเข้าใจและเห็นว่ามีทางเป็นไปได้ที่จะจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า นั้น โดยคาดหวังถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สามารถระดมแหล่งด้านทานความเครียดมาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวังไว้ได้ ส่งผลให้สามารถคงไว้ซึ่งความผาสุกทางใจได้ในที่สุด ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาหลายๆ เรื่อง เช่น จันทนา เตชคุง (2540) พบว่า ความหวังของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Areewan Oumtane (2001) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่อย่างมีความหวัง (living with hope) จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดสภาพอารมณ์และความรู้สึกด้านบวกซึ่งเป็นด้านหนึ่งของความผาสุกทางใจ และการศึกษาของ Bland et al. (2002) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เต็มไปด้วยความหวัง จะทำให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้ดี ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความผาสุกทางใจ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Post-White et al. (1996) พบว่า ความหวัง มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อบุคคล ซึ่งบุคคลที่จัดการกับเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้มีความผาสุกทางใจมากกว่า

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการวิจัยเรื่องความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรนี้ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ภาวะเชิงปรัญในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญและสนใจที่ศึกษาว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีความผาสุกทางใจเป็นอย่างไร นอกจากนี้ยังต้องการศึกษาว่า ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะเชิงปรัญในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว และความหวัง มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ ทั้งนี้หากพบว่า ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจน้อย พยาบาลจะได้หาแนวทางในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีและป้องกันความเสี่ยง

ต่อการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ทราบว่ามียุทธศาสตร์ใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ จะได้ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนจัดการบริการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันก็สามารถให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันหรือยับยั้งไม่ให้ปัจจัยนั้นเกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

อนึ่งแนวคิดความผาสุกทางใจ กล่าวไว้ว่า ความผาสุกทางใจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของบุคคลและปัจจัยภายนอกของบุคคลที่มีความเชื่อมโยงกับบริบทของสังคมที่แวดล้อม ดังนั้น การศึกษาความผาสุกทางใจจึงควรระมัดระวังผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับบริบทของสังคมที่แวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนาและคณะ (2543) พบว่า ความเป็นอยู่และวัฒนธรรมส่งผลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย ดังนั้น การศึกษาในงานวิจัยนี้ จึงกำหนดการศึกษาเฉพาะความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีลักษณะภาษา วัฒนธรรม ประเพณีและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่แตกต่างจากสังคมในภาคอื่นของประเทศไทย โดยได้นำแนวคิดความผาสุกทางใจที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยใช้แนวคิดของ Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1996) เนื่องจากสามารถสะท้อนให้เห็นสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบของ

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา โดยบุคคลที่มีความผาสุกทางใจ จะมีความรู้สึกในด้านบวกมากกว่า ความทุกข์ ความวิตกกังวล

โดยผู้วิจัยจะประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ ให้สอดคล้องกับบริบทที่แวดล้อมของสังคมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากปัจจัยที่เป็นบริบทที่แวดล้อมในแต่ละสังคม เช่น วัฒนธรรม ประเพณี และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของบุคคล ดังนั้น การศึกษาความผาสุกทางใจจึงคำนึงถึงผลของบริบทของสังคมที่แวดล้อม ที่เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความแตกต่างจากภาคอื่น โดยการสัมภาษณ์จากข้อคำถามปลายเปิดแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structure) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อนำ Theme ที่ได้มาสร้างเครื่องมือวัดความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จากการศึกษาแนวคิดของ Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1996) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้ป่วยทางกาย ทางจิต และผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล หรือ ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ (Bradburn, 1969; Berlin and Borden, 1990; Orem, 2001) อายุ (Bradburn, 1969; Krause, et al., 1999 Hamarat, et al., 2001) และความหวัง (Dufault & Martocchio, 1985; Brown, 1989; Miller, 1992; Herth, 1992, 1993) ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล (Montgomery et al., 1985) ความเข้มแข็งของครอบครัว (McCubbin & Thompson, 1986) โดยปัจจัยเหล่านี้ ในแต่ละบุคคล จะมีความแตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดของแต่ละตัวแปร ดังต่อไปนี้

เพศ มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ จะเห็นได้จากการศึกษาของ Bradburn (1969) พบว่า เพศชายจะมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกมั่นคงมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้เพศชายมีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งกล่าวถึงลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ พบว่า เพศชายเป็นบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพแข็งแรงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งส่งผลให้เพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่า จึงทำให้ให้เพศชายมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Berlin and Borden (1990) ซึ่งได้ศึกษาความผาสุกทางใจของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีความผาสุก

ทางใจน้อยกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเพศหญิงจะมีระดับความซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีความสุขทางใจน้อยกว่าเพศชาย

อายุ มีความสัมพันธ์กับความมีความสุขทางใจ จะเห็นได้จากการศึกษาของ Bradburn (1969) ในคนปกติ พบว่า บุคคลที่มีอายุน้อยมีความสุขทางใจมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก เนื่องจากบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีภาระรับผิดชอบน้อยกว่า ทำให้มีความวิตกกังวลน้อยกว่าและเกิดความสุขทางใจมากกว่า ในขณะที่บุคคลที่มีอายุมากกว่าเมื่อพบกับปัญหาหรือเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต มีความวิตกกังวลมากกว่า ใช้เวลาในการไตร่ตรอง และแก้ปัญหานานกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ทำให้บุคคลที่มีอายุน้อยมีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก บุคคลที่มีอายุน้อยกว่าจึงมีความสุขทางใจมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก แต่มีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน ได้แก่ การศึกษาของ Krause et al. (1999) ที่พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นจะมีความสุขทางใจน้อยกว่าวัยสูงอายุดอนกลางหรือวัยสูงอายุดอนปลาย เนื่องจากวัยสูงอายุดอนปลายจะมีความเชื่อมั่น ศรัทธา ในศาสนาสูงกว่าวัยสูงอายุดอนต้น จึงทำให้มีความสุขทางใจมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Hamarat et al. (2001) พบว่า วัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมี ความรู้สึกพึงพอใจหรือความสุขทางใจด้านบวกมากที่สุด เพราะมีประสบการณ์มากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

ภาระเชิงปรนัยในการดูแล (Objective burden) มีความสัมพันธ์กับความมีความสุขทางใจเนื่องจากภาระเชิงปรนัยในการดูแล เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตและก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากรายจ่ายที่สูงขึ้นจากค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันรายรับจะน้อยลงจากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่ เพราะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย และจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกเป็นกังวล ไม่มั่นใจที่จะได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลงและมีกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อสภาพอารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์กับความมีความสุขทางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gallant et al. (1998) พบว่า ภาระเชิงปรนัยในการดูแล เป็นความยากลำบากที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้รับจากกิจกรรมการดูแลที่หนักและให้การดูแลโดยตรง จึงมีเวลาสำหรับดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตของตนเองลดลง ทำให้มีความสุขทางใจน้อยลง

ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness) มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ เนื่องจากความเข้มแข็งของครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวปรับตัวอยู่ได้กับความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งเมื่อครอบครัวสามารถปรับตัวได้ ย่อมทำให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางใจ (McCubbin & Thompson, 1986) จากการศึกษา ความเข้มแข็งของครอบครัวของ Fink (1995) พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของครอบครัวผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ของครอบครัว (Family resources) ที่ช่วยให้ครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย สามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และสามารถคงไว้ซึ่งความผาสุกทางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Penpaktr Uthis (1999) ที่พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว มีสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

ความหวัง (Hope) มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ เนื่องจากความหวังเป็นพลังงานภายในที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Brown, 1989; Dufault & Martocchio, 1985; Miller, 1992; Herth, 1992, 1993) ซึ่งบุคคลที่มีความหวังสูง เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เป็นปัญหา จะสามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า นั้นได้ โดยระดมแหล่งด้านทานความเครียดมาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า จากการคาดหวังถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่คาดหวังไว้ได้ ทำให้มีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกมากกว่าด้านลบเกิดเป็นความผาสุกทางใจ ซึ่ง Post-White et al. (1996) ได้กล่าวไว้ว่า ความหวัง มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับเหตุการณ์ ที่คุกคามต่อบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดความผาสุกทางใจได้ นอกจากนี้มีงานวิจัยอีกหลายเรื่องที่น่าสนใจสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความผาสุกทางใจ เช่น จากการศึกษาของ Areewan Oumtane (2001) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยติดเชื้อ HIV / ผู้ป่วยเอดส์ ที่อยู่อย่างมีความหวัง (living with hope) จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาที่คุกคามที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกภายในพร้อมและคาดหวังในทางบวก โดยแสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัว เกิดสภาพอารมณ์และความรู้สึกด้านบวกในการให้การดูแลผู้ป่วยเกิดเป็นความผาสุกทางใจสอดคล้องกับการศึกษาของ Bland et al. (2002) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เต็มไปด้วยความหวัง จะทำให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้ดี เนื่องจากความหวังจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ โดยหวังว่าจะได้รับ

ผลดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคตก่อให้เกิดกำลังใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความผาสุกทางใจ และจากการศึกษาของ จันทนา เตชคุฎ (2540) พบว่า ความหวังในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิต เนื่องจากความหวังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นพลังงานภายในที่สำคัญของผู้ป่วยในการที่จะตอบสนองและปรับตัว เพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีความสุขในชีวิต

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3. ความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
4. ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่นำผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมาอย่างน้อย 6 เดือน มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตัวแปรที่ใช้ศึกษาในการวิจัยประกอบด้วย

1. ความผาสุกทางใจ
2. ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล
3. ความเข้มแข็งของครอบครัว
4. ความหวัง

5. เพศ

6. อายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. **ความผาสุกทางใจ (Psychological Well-Being)** หมายถึง สภาพอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านต่างๆ 10 ด้าน ได้แก่

1.1 **ด้านความวิตกกังวล** หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกห่วงกังวล กัดดัน คิดมาก เครียด ไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 **ด้านความซึมเศร้า** หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ ทุกข์ใจ ว้าวุ่นใจ อยากอยู่คนเดียว หมดกำลังใจ ไม่อยากดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.3 **ด้านความผาสุกทางด้านบวก** หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกมีความสุข ความประทับใจ ความมั่นใจในตนเอง ความปลอดภัยสบายใจ ไม่เครียด มีความพึงพอใจในชีวิต และการทำบทบาทผู้ดูแล และมีความภูมิใจเกี่ยวกับชีวิตในครอบครัว

1.4 **ด้านการควบคุมตนเอง** หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีสติ สามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

1.5 **ด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไป** หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพตนเองและการนอนหลับพักผ่อน

1.6 **ด้านความมีชีวิตชีวา** หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกเบิกบานใจ ดีใจ รู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีชีวิตชีวา อารมณ์ดี สนุกสนาน ร่าเริงแจ่มใส และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือคนอื่น

1.7 **ด้านการให้อภัย อนุโลม รัก เมตตา** ช่วยเหลือคนอื่นได้ หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ให้อภัยหรืออนุโลมต่อพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท และมีความรักความเมตตาต่อผู้คนรอบข้าง

1.8 ด้านการเป็นคนดี หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีนิสัยดี มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความซื่อสัตย์สุจริต ไม่ทำให้ใครเดือดร้อน ไม่อิจฉาผู้อื่นและมีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่

1.9 ด้านความรู้สึกรู้สึกขาด หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกขาดในหลายๆ อย่างที่อำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือ จากคนในชุมชน สังคม ตลอดจนบุคคลากรสาธารณสุข รวมทั้งรู้สึกว่าไม่ได้รับความเข้าใจจากบุคคลในครอบครัว

1.10 ด้านสภาพอารมณ์ร้าย/ อารมณ์ไม่ดี หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีอารมณ์ ไม่ดีในลักษณะต่างๆ เช่น อารมณ์ไม่ดี อ่อนไหว ปรวนแปร หงุดหงิด โมโหง่าย ไม่มีเหตุผล

ซึ่งสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกทั้ง 10 ด้านนี้ จะสะท้อนให้เห็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิด ของ Dupuy (1977, cited in McDowell & Newell, 1996) โดยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความผาสุกทางใจ และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ภาระเชิงปรนัยในการดูแล (Objective Burden) หมายถึง ประสบการณ์และผลที่ได้รับจากความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลในด้านต่างๆของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การตอบสนองของความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง หรืออาจเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ซึ่งสามารถประเมินได้โดยแบบวัดภาระในการดูแลของ Montgomery et. al (1985) ฉบับแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544)

3. ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness) หมายถึง ความเชื่อมั่นและการประเมินของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทถึงลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของครอบครัวของตน ที่ช่วยส่งเสริมผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และส่งผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

3.1 ความมุ่งมั่นผูกพัน (Commitment) หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมั่นในความสามารถของครอบครัวในการตัดสินใจ กระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยการมองเห็นคุณค่าต่อการตัดสินใจในการเข้าร่วมกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างเต็มความสามารถ

3.2 ความมีอำนาจควบคุม (Control) หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเชื่อมั่นว่าครอบครัวตนเองมีวินัยที่จะสามารถควบคุม หรือเอาชนะสถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3.3 ความรู้สึกท้าทาย (Challenge) หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่า ครอบครัวของตนเอง สามารถประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงในขณะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ โดยมีความเชื่อมั่นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นประสบการณ์ ที่ทำให้เกิดมีการพัฒนา ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น

ความเข้มแข็งของครอบครัวประเมินได้โดย แบบวัดความเข้มแข็งของครอบครัวของ McCubbin & Thompson (1986) ที่แปลและเรียบเรียงโดย Penpaktr Uthis (1999) ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

4. ความหวัง (Hope) หมายถึง ภาวะทางด้านจิตใจที่เป็นพลังงานภายในบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงออกมาเป็นการกระทำความคิด ความรู้สึกที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่วิกฤตจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ความหวัง ใน 3 ด้าน ตามแนวคิดของ Herth (1992)

4.1 ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner sense of temporality and future) หมายถึง การรับรู้ภายในของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าจะสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคตเวลาอันใกล้ หรือไกลในขณะนี้

4.2 ความรู้สึกภายในที่ความพร้อมและคาดหวังในทางบวก (Inner positive readiness and expectancy) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทว่ามั่นใจและคาดหวังในทางบวกต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตามเป้าหมายของตนที่ได้ตั้งไว้

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and others) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่เห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น

ความหวังประเมินได้โดยใช้ดัชนีความหวัง Herth Hope Index ของ Herth (1992) ฉบับแปลและดัดแปลง โดย จันทนา เตชะคฤห (2540) ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

5. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic patient's family caregivers) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กันในครอบครัวและ / หรือ เกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต ได้แก่ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียว คนหนึ่ง ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในด้านการประเมิน วางแผนป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู ให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเกิดความผาสุกทางใจ และลดความเสี่ยงในการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต โดยเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจ จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถให้การดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพที่สนใจ สามารถนำผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลประกอบการศึกษาวิจัยได้ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิง
ปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจาก
ตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อาการและอาการแสดง
 - 1.3 การรักษา
 - 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic Patient 's Family Caregivers)
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
 - 2.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดความผาสุกทางใจ (Psychological well-being)
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ
 - 3.3 การประเมินความผาสุกทางใจ
 - 3.4 ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางใจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
5. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Care burden)
 - 5.1 ความหมาย
 - 5.2 ลักษณะภาระในการดูแลผู้ป่วย
 - 5.3 วิธีการประเมินภาระในการดูแล
 - 5.4 ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลและความผาสุกทางใจ

6. แนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว (Family hardiness)

6.1 ความหมาย

6.2 องค์ประกอบความเข้มแข็งของครอบครัว

6.3 วิธีการประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัวและความผาสุกทางใจ

7. แนวคิดความหวัง (Hope)

7.1 ความหมาย

7.2 องค์ประกอบความหวัง

7.3 ขอบเขตของความหวัง

7.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง

7.5 วิธีการประเมินความหวัง

7.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและความผาสุกทางใจ

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท เป็นโรคที่พบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวช โดยมีความผิดปกติเกิดอย่างซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการวินิจฉัย เพราะมีความผิดปกติเกิดขึ้นในหลายๆด้าน การดำเนินของโรคและสาเหตุของความผิดปกติยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจน จึงทำให้การป้องกันการเกิดทำได้ค่อนข้างยาก พยาบาลพบผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ทั่วไป ทั้งในหอผู้ป่วยจิตเวช ในห้องฉุกเฉินหรือในชุมชน จึงจำเป็นที่พยาบาลควรมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทในทุกด้าน

1.1 ความหมาย

Schizophrenia หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์การแสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดจะแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลก ๆ

โรคจิตเภท ตามความหมายของ ICD-10 คือ โรคที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้อารมณ์แบบไม่เหมาะสม (Inappropriate) หรือเฉยเมย (Blunted) ความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ (ธนู ชาติธนานนท์, ม.ป.ป.)

อาการและการแสดง

กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) อาการด้านบวกมักจะพบในระยะเวลาที่มีอาการกำเริบ จะแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม อาการที่พบบ่อย คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนอาการด้านลบมักพบในระยะหลังของโรค เช่น อาการแยกตัว ไม่สนใจตนเอง (มานaix หล่อตระกุล, 2544) โดยมีลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 9 กลุ่ม คือ

1) บกพร่องในรูปแบบของการคิด (disturbances in form of thought) เช่น มีกระแสคำพูดที่ไม่ต่อเนื่อง ข้อความขาดความสัมพันธ์กัน (Looseness of associations) ใช้หลักภาษาผิด (poverty of content) หรือบางครั้งมีการใช้ภาษาแปลกๆ (neologisms) และอาจพบว่าผู้ป่วย มีการใช้คำพูดบางคำซ้ำ ๆ หรือเป็นความคิดเดิม ๆ (perversion) ร่วมกับการหยุดพูดไปโดยกะทันหัน (blocking) เหมือนนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไรต่อไป

2) บกพร่องในเนื้อหาของความคิด (disturbances in content of thought) โดยประเมินจากเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูด แสดงถึงความนึกคิดที่หลงผิด (delusion) ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจตามจริง (lack of insight) เช่น เชื่อว่ามีคนคอยติดตามมาคุกคาม หรือมีคนจะมาฆ่าเขา (Persecutory delusions) เชื่อว่าคู่แข่งของตนไปมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Delusion of jealousy) เชื่อว่าตนเองได้ทำบาปที่ยกโทษไม่ได้ (Delusion of guilt of sin) เชื่อว่าตนเองมีอำนาจหรือความสามารถพิเศษ (Grandiose delusions) หลงเชื่อผิด ๆ ในทางศาสนา (Religious delusions) เชื่อว่าตนเองมีโรคบางอย่างเกิดขึ้นในร่างกายของตน (Somatic delusions)

3) บกพร่องในด้าน การรับรู้ (disturbances in perception) มีอาการประสาทหลอน (hallucination) มีการแปลผิด (illusion) การรับรู้ผิดปกติพบได้ทางระบบประสาทการรับรู้ทั้ง 5 ระบบ ได้แก่ อาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) เป็นอาการทางจิตที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท ประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) ประสาทหลอนทางผิวหนัง (tactile hallucination) ประสาทหลอนทางกลิ่น (olfactory hallucination) ประสาทหลอนทางการรับรส (gustatory hallucination)

4) บกพร่องในด้านอารมณ์ (disturbances in affect) มีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (inappropriate affect) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมามาก (labile) ไม่แสดงออกของอารมณ์ (blunt หรือ flat affect) หรือมีอาการไร้อารมณ์ (apathy)

5) บกพร่องในด้าน การรับรู้ตนเอง (disturbances in sense of self) หรือสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (loss of ego boundaries) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือแปลก การแก้ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่สามารถทำนายได้ ผู้ป่วยทำกิริยาเหมือนเอกลักษณ์

ต่าง ๆ ของผู้อื่น ที่อยู่รอบตัวมารวมเป็นกิริยาของตนเอง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจพูดบางสิ่งที่เหมือนว่าผู้ป่วยเป็นอีกคนหนึ่งซึ่งไม่ใช่คนเดิม (depersonalization) โดยผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจและไม่รู้ตัว จึงเหมือนผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในความเป็นจริง

6) บกพร่องในการเสริมสร้างกำลังใจ (disturbances in volition) ผู้ป่วย ดำเนินชีวิตอย่างไม่มีความหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ไม่รู้ว่าแต่ละวันควรทำอะไรหรือต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งอาการเหล่านี้ มีผลให้ผู้ป่วย มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในการทำงานและในการจัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรมสันตนาการต่าง ๆ อาการเหล่านี้เกิดร่วมกับ ความรู้สึกที่เรียกว่าสองจิตสองใจ (ambivalence) ในลักษณะเข้าไปเผชิญหรือหลีกเลี่ยง (approach-avoidance) มีความรู้สึกสองอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำนองเดียวกับรักและเกลียด ในบุคคลเดียวกัน มีผลให้ผู้ป่วยสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้ว่าควรทำอะไร

7) บกพร่องในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ (disturbances in relationship) ผู้ป่วย จะค่อย ๆ สูญเสียความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ความรู้สึกโดดเดี่ยวทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมแยกตัว (withdrawal) โดยแยกตัวออกจากสังคมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สร้างโลกขึ้นมาเองในจินตนาการ ตอบสนองความต้องการทางจิตใจให้ตนเองด้วยความฝัน หรือจินตนาการ (fantasy) เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะยิ่งปรับตัวเข้าผู้อื่นได้ยาก และมีความคิดแบบ autistic คือคิดกำหนดสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยไม่สนใจต่อกฎเกณฑ์หรือความเป็นจริงในสังคมรอบตัว

8) บกพร่องในด้านการเคลื่อนไหว (disturbances in motor behavior) อาจเป็นแบบเคลื่อนไหวหรือมีการกระทำมาก (over activity) และแบบไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือไม่ต้องการทำอะไร (inactivity) มีการกระทำทางเสริมแบบแปลกๆ บางรายตื่นเต้นก้าวร้าว บางรายนั่งเฉยๆ โยกตัวไปมาเป็นจังหวะ (pacing and rocking) หรือบางรายไม่พูด ไม่เคลื่อนไหวหรือจับให้อยู่ทำได้อีกก็อยู่นั้น (catatonic)

1.2 การรักษา

1) ด้านร่างกาย

การใช้ยาโรคจิต (antipsychotic หรือ major tranquilizer) ซึ่งมีผลต่อ dopamine receptor ช่วยลดอาการทางจิตต่างๆ เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ส่วนมากเป็นยากิน ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้ยาชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เพราะยาฉีดช่วยในเรื่องการลืมกินยา การขาดยา และยังสามารถคงปริมาณตัวยาไว้ในร่างกายได้นาน ยา antipsychotic แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ Phenothiazines, Thioxanthenes และ Butyrophenones ยาทุกตัว ส่วนมากมีผลข้างเคียงทำให้เกิด extra-pyramidal (parkinsonian) แต่ก็ช่วยลดอาการเหล่านี้ได้บ้างจากยากกลุ่ม anticholinergic

การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) โดยใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดขึ้นกระทันหัน และเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วย หรือผู้อื่น หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามานานด้วยยาโรคจิตแต่อาการไม่ดีขึ้น จนไม่สามารถเพิ่มปริมาณยาได้มากกว่านี้ หรือผู้ป่วยที่อาการทางจิตไม่ตอบสนองด้วยการรักษาทางยา

2) ด้านจิตใจ

การรักษาด้วยจิตบำบัด อาจเป็นการรักษาแบบจิตบำบัดแบบรายบุคคล (individual psychotherapy) หรือ จิต บำ บั ด แบบ ก ลุ่ ม (group psychotherapy) และ ใช้การปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ป่วย (Behavior modification) เช่น ถ้าต้องการเพิ่มพฤติกรรมใดๆ พฤติกรรมนั้นควรได้รับแรงเสริม (positive reinforcement) ที่ผู้รับพอใจ เช่น คำชม รางวัล และ ในทางตรงกันข้าม ถ้าต้องการลดพฤติกรรมใดพฤติกรรมนั้น ไม่ควรได้รับแรงเสริม หมายความว่าไม่ได้รับคำชม หรือไม่ได้รับความสนใจ

3) ด้านสังคม

เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมาก เช่นการฟื้นฟูทักษะในการเข้าสังคมของผู้ป่วย การนำวิธีทางจิตสังคมมาช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกลุ่มเพื่อนมีกิจกรรมทำ มีงานให้รับผิดชอบ เป็นการพัฒนาผู้ป่วยทางด้านบุคลิกภาพ ด้านสังคม และด้านการทำงาน การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) เพื่อช่วยในการสนับสนุนการรักษาเช่นกัน

ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีคนคอยดูแลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องช่วยเหลือญาติของผู้ป่วย โดยการจัดกลุ่มเพื่อให้ข้อมูล และร่วมประชุมปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความเห็นอกเห็นใจร่วมกัน โดยพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วย พร้อมกับประเมินสภาพทั่วไปของครอบครัว เช่น บทบาทของสมาชิกแต่ละคน วิธีการสื่อสารต่อกัน ระดับของสัมพันธภาพ ความใส่ใจต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จากนั้นควรเตรียมญาติผู้ป่วยในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วย โดยการให้คำแนะนำและปัญหาต่างๆ ที่ญาติเผชิญอยู่ การให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของการป่วยทางจิตเวช และการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังสามารถจัดหน่วยงานให้คำแนะนำ และช่วยแก้ปัญหาเมื่อครอบครัวเผชิญภาวะวิกฤตต่างๆ เนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน ระยะอาการทุเลา และระยะคงสภาพ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมช สุคนิชย์, 2542) ดังนั้น การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ควรให้การพยาบาลตามระยะอาการ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ร่วมกัน ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมองอย่างเป็นองค์รวม ดังนี้

1.3.1 การให้การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน ระยะนี้ผู้ป่วยจิตเวชจะมีอาการทางจิตรุนแรง ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมอาการ ให้สงบโดยเร็ว และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

1.3.1.1 การให้การพยาบาลด้วยยา โดยให้ยาตามแผนการรักษา ประเมินจากการรักษาและผลข้างเคียงจากยา

1.3.1.2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า เริ่มจากการเตรียมร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเกร็งตัว การประคอง ต้นคอเพื่อป้องกันกระดูกหัก เมื่อเกร็งกระดูกงบลอง ต้องตะแคงหน้าผู้ป่วย ดูดเสมหะในทางเดินหายใจให้โล่ง สังเกตอาการปลายมือปลายเท้าเขียวที่เกิดจากการขาดออกซิเจน และสังเกตการหายใจ การสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน ซึ่งจะพบ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา โดยต้องระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยพักผ่อน บางรายอาจมีการหลงลืมแต่เมื่อได้รับการพักผ่อนอาการหลงลืมจะค่อยๆ ดีขึ้น

1.3.1.3 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมนี้จะให้การพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในโรงพยาบาลโดยใช้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

1.3.2. การพยาบาลในระยะอาการทุเลา ระยะนี้แม้ว่าผู้ป่วยจะยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ผู้ป่วยจิตเภทก็สามารถเริ่มควบคุมตนเองได้ การสื่อสารดีขึ้น การพยาบาลจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมอาการและให้การบำบัดทางจิตใจ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองและพร้อมที่จะกลับสู่ชุมชน โดยยังต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยการพยาบาลทางจิตสังคม ประกอบด้วย

1.3.2.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม ให้กำลังใจ และช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม โดยใช้ศักยภาพของตนเองและสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

1.3.2.2 ครอบครัวบำบัด (family therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดการ แสดงออกทางอารมณ์อย่างสูง (High expressed emotion) ของสมาชิกภายในครอบครัว โดยการ นำครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทหลายครอบครัว มาร่วมกันสนทนากลุ่ม ได้ระบายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ซึ่งสามารถ ช่วยลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้

1.3.2.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) วัตถุประสงค์เพื่อ แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้บำบัดจะให้แรงจูงใจและเสริมแรงใน พฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้

1.3.3 การรักษาพยาบาลในระยะคงสภาพ ระยะนี้จะมุ่งเน้นให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้และป้องกันการ กลับเป็นซ้ำ การรักษา ในระยะนี้ผู้ป่วยยังต้องได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 1-2 ปี สำหรับผู้ป่วยที่มี อาการ ครั้งแรก และอย่างน้อย 5 ปี สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วย อาจได้รับผลข้างเคียงจากการได้รับยา เป็นระยะเวลานาน ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวควรให้การ ดูแลอย่างใกล้ชิดนอกจากนี้ ครอบครัวควรมีการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตั้งแต่ อยู่ในโรงพยาบาลร่วมกับการใช้ระบบส่งต่อเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ซึ่งมีดังนี้

1.3.3.1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่นการอาบน้ำแปรงฟัน รับประทานอาหาร และกระตุ้นให้เข้าร่วม กิจกรรมต่างๆ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายและทำได้ด้วยตนเอง แล้วจึงค่อยเพิ่มมากขึ้น เช่น การ ดูแลตนเองไม่ดูแลความสะอาดในบ้าน และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ควรส่งเสริมให้ประกอบ อาชีพ ที่ถนัดเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง

1.3.3.2 การให้ความรู้ครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจาก โรคนี้ มีระยะการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายในการ ดูแล ส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจ ดังนั้น ควรให้ความรู้แก่ครอบครัว เกี่ยวกับโรค จิตเภทและการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการและการแสดงของโรค การสังเกตอาการที่จะนำไปสู่ การเจ็บป่วยซ้ำ การวางแผนป้องกันและการเผชิญกับอาการที่หลงเหลืออยู่

1.3.3.3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการเยี่ยมบ้านและชุมชนเพื่อ ประเมินสภาพอาการผู้ป่วย เริ่มจากการเตรียมแผนการจำหน่ายตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อเตรียมตัวการกลับสู่ชุมชน ให้คำแนะนำผู้ที่ทำหน้าที่เป็น ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการประสานหรือขอความช่วยเหลือจากสถานบริการสาธารณสุข ใกล้บ้าน

เนื่องจาก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2543) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จึงต้องเรียนรู้กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตตนเอง โดยเฉพาะการพยาบาลในระยะคงสภาพ ที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนแล้ว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตลอดเวลา ให้ครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลได้

2. ผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregivers)

2.1 ความหมาย

ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ “Informal Caregivers” คือสมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ หรือ อารมณ์ สังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลไว้ ดังนี้

Devis (1992) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 cited in Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1. **ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การจัดเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

2. **ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่การกระทำที่ทำต่อผู้ป่วยโดยตรง

Orem (1991 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมาย ผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้ อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วย โดย ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือในชุมชน แหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว บุตร ญาติ พี่น้อง คู่สมรส หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวมักเป็นเพศหญิง วัยกลางคน สถานภาพสมรส โสด หรือแต่งงานมีบุตร เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน ซึ่งในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องพิจารณาหลายๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลด้วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพ ของผู้ดูแล ซึ่งการให้การดูแลต้องตอบสนองความต้องการของผู้เจ็บป่วยหรือผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

จะเห็นว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพ (Formal Caregivers) และบุคคลในครอบครัว

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic Patient's Family Caregivers)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปจะมีความคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ แต่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในส่วนของ การดูแลเฉพาะของโรคจิตเภท รวมทั้งมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรงของพฤติกรรม ที่มีผลต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่เริ่มป่วย จนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ โดยผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแล ผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบครัวปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

ปรีดีทัตย์ แก้วมณีรัตน์ (2538) สรุปว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตต้องการได้รับการดูแลทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านความเป็นอยู่** ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ที่เป็นโรค หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน
2. **ด้านเศรษฐกิจ** ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่รับภาระเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
3. **ด้านสังคม** ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน
4. **ด้านอารมณ์และจิตใจ** ผู้ดูแลควรชมเชย และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูต่ำหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรง เพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ที่เป็นโรค
5. **ด้านการรักษา** ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือน หรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
6. **ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง** ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้ผู้ที่เป็นโรค ให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้

2.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคลเลวลง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพและขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง (มานิช หล่อตระกูล, 2539; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยทั้งหมดนี้ ร่วมกับการดำเนินโรคและการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทั้งด้าน

ร่างกาย อารมณ์ สังคม ด้านกระบวนการคิด และด้านจิตวิญญาณและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักบกพร่องในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ใส่เสื้อผ้าเก่า หรือเสื้อผ้าซ้ำๆ มีกลิ่นตัวเหม็น ไม่สะอาด ผู้ป่วยบางคนเป็นโรคผิวหนังผื่นผายารุงรังและไม่สะอาดมานานนับเดือน ผู้ป่วยชายบางคนหวดเครายารุงรัง เล็บยาว ผู้ป่วยหญิงจะสกปรกมากเวลามีประจำเดือน ผู้ป่วยเหล่านี้จะสนใจตนเองน้อย ไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้ ทำให้ญาติต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นประจำตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลเนื่องจากผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

2. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ อาการไร้อารมณ์หรือเฉยเมย (Flatted affect) มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate) เช่น ผู้ป่วยมีอารมณ์ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเรื่องที่กำลังพูด เช่น ยิ้ม หัวเราะ ในขณะที่พูดถึงเรื่องเศร้า การแสดงออกของอารมณ์บกพร่อง มีอารมณ์แปรปรวน สองจิตสองใจ (Ambivalence) บางครั้งแสดงให้เห็นว่ามีอาการประสาทหลอน จึงพบผู้ป่วยหัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล หรือมีพฤติกรรมแบบเด็กๆ มีอาการถดถอย (Regression) อารมณ์ของผู้ป่วยที่ผิดปกติเหล่านี้ ทำให้ญาติต้องใช้ความอดทนและพยายามปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (มานิช หล่อตระกูล, 2539)

3. ด้านกระบวนการคิด ผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดผิดปกติ (Poverty of thought) โดยมีความผิดปกติของเนื้อหาความคิด ได้แก่ ความคิดหลงผิดแบบต่างๆ เช่น มีความคิดหลงผิด ในลักษณะที่คิดว่ามีผู้อื่นคอยติดตามตน ร่วมกับอาการหลงผิดคิดว่าเป็นบุคคลสำคัญ หรือเป็นผู้ที่มีอำนาจยิ่งใหญ่ (Grandeur delusion) ทำให้มีอาการหวาดระแวง (Paranoid) หลงผิดคิดว่าความคิดของตนกระจายไปในอากาศ (Thought broadcasting) ตลอดจนการรับรู้ที่ผิดปกติที่พบบ่อย คือ ประสาทหลอน ที่พบมากที่สุด คือ หูแว่ว (Auditory Hallucination) รองลงมาคือภาพหลอน (Visual Hallucination) และมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ได้แก่ วุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ไปจนถึงซึมเฉย (Stupor) เชื่องช้าคล้าย หุ่นขี้ผึ้ง (Waxy Flexibility) ทำอะไรซ้ำๆ (Stereotype หรือ Mannerism) นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติ ในรูปแบบความคิด โดยคิดจากเรื่องหนึ่งไปเรื่องหนึ่ง ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันโดยตรงและผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นเรื่องของตนเองพูดไม่ต่อเนื่องกัน (Incoherence) ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ทำให้ญาติต้องเฝ้าสังเกตอาการและระมัดระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากอาการและกระทำของผู้ป่วย ทั้งชีวิต และทรัพย์สิน ของตัวผู้ป่วยเอง และบุคคลรอบข้างได้

4. **ด้านพฤติกรรมสังคม** ผู้ป่วยจิตเภทจะมีบุคลิกภาพแบบเฉยเมย แยกตนเอง ไม่ชอบยุ่งเกี่ยวกับใคร ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม บางครั้งอาจจะหมกมุ่นอยู่กับตนเอง แยกตัวออกจากโลกภายนอก เพื่อฝัน ชอบอยู่ตามลำพัง ไม่ชอบเที่ยวเตร่ ไม่ชอบแข่งขัน และมักไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนและการทำงาน ขาดความสามารถในการสร้างมนุษยสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในรายที่มีความผิดปกติมากจะไม่สามารถดูแลตนเอง หรือ บกพร่องในการทำบทบาทในครอบครัว และสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองหรือครอบครัว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2536) ทำให้เป็นภาวะแก่ญาติ ครอบครัว และสังคม ต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยต่อไป

5. **ด้านจิตวิญญาณ** จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะสูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ ทำให้เฉื่อยชา ขาดแรงกระตุ้น ขาดแรงจูงใจ ขาดการกระทำที่มีจุดหมาย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ค่อยมีสมาธิ สติปัญญาเสื่อมถอย มีปัญหาด้านการเรียน หน้าที่การงานบกพร่อง ขาดความรับผิดชอบ ขาดความไว้วางใจผู้อื่น มักมีบุคลิกภาพที่มีปัญหาการปรับตัว ทั้งทาง จิตใจ อารมณ์ สังคม (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ทำให้ญาติ ครอบครัว และสังคม ต้องส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภททำให้เกิดผลเสียทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม กระบวนการคิด และจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ผลกระทบจากด้านต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความบกพร่องด้านสติปัญญา ความบกพร่องทางสภาพ อารมณ์ และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน ได้แก่ บิดามารดา สามีภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้อง โดยมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ดูแลหลัก และไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลใดๆ ซึ่งให้การดูแลตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน ต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งภาระในการดูแลเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

1. **ด้านกายภาพ (physical domain)** จากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินอาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เกิดความอ่อนล้า เนื่องจากผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2544; ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543; นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

2. **ด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological domain)** เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเผชิญปัญหาด้านจิตใจหลายๆ ด้าน จากการที่ต้องรับบทหน้าที่และต้องทนต่ออาการแลพฤติกรรมที่ผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วย

ได้แก่ ผู้ดูแล รู้สึกเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง กังวลใจ บางครั้งผู้ดูแลบางรายจะมีอาการเจ็บป่วยและมีปัญหา สุขภาพจิต จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ จากการที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแล สุขภาพจิตที่เหมาะสม (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2542)

3. ด้านสังคม (level of independence) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องนานนับปี ซึ่งบางครั้งไม่สามารถกำหนดเวลาในการให้การดูแลได้อย่างแน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ, 2536; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2542; ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543)

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) จากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทไว้ในความดูแล ทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งในส่วนของความมั่นคงปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีอาการรุนแรง พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลจึงต้องระมัดระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543)

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความแตกต่างกันเล็กน้อยไม่เท่ากันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการดูแลสุขอนามัยในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความรุนแรงของพฤติกรรม และลักษณะอาการของโรคซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการสังเกตที่ดี มีความอดทน รู้จักวิธีเข้าหาผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวย่อมส่งผลต่อสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเสี่ยงต่อการเกิดความผาสุกทางใจน้อยได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยทางจิตต่อไป ตลอดจนผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการเจ็บป่วยซ้ำได้

3. แนวคิดความผาสุกทางใจ (Psychological well-being)

3.1 ความหมาย

Bradburn (1965) กล่าวว่าความผาสุกทางใจ (Psychological Well-being) เป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในชีวิตในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ด้าน ซึ่งแต่ละคนมีการแสดงออกที่สะท้อนสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวก (positive affect) ได้แก่ ความพึงพอใจ ความสุข และสภาพอารมณ์

หรือความรู้สึกด้านด้านลบ (negative affect) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความทุกข์ เพื่อ ว่าเหว่ ความซึมเศร้า ซึ่งบุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ความผาสุกทางใจที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีความผาสุกทางใจสูงจะมีระดับสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกมากกว่าด้านลบ และบุคคลที่มีความผาสุกทางใจต่ำจะมีระดับของสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบมากกว่าด้านบวก

Cantril, 1965 (cited in McKeehan, Cowling & Wykle, 1986) กล่าวว่า การรับรู้ความผาสุก ในชีวิตของบุคคล เป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตน โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย การให้คุณค่า และความเชื่อของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุข และความพึงพอใจในชีวิต

Andrew & Witney, 1975 (cited in Burgener & Chiverton, 1992) มีแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางใจดังนี้ คือ ความผาสุกทางใจมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ ความรู้สึกด้านบวก ความรู้สึกด้านลบ และความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกด้านบวกและความรู้สึกด้านลบ เกิดจากอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลที่เผชิญกับสถานการณ์ในขณะนั้นๆ ส่วนความพึงพอใจในชีวิตเป็นการรับรู้และการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

Dupuy, 1977 (cited in McDowell & Newell, 1996) กล่าวถึงความผาสุกทางใจว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ บุคคลใดมีความรู้สึกด้านบวกมากก็บ่งบอกถึงความผาสุกทางใจที่ดีตามมาด้วย องค์ประกอบของความผาสุกทางใจตามแนวคิดของดูพายประกอบด้วย ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความมีชีวิตชีวา ซึ่ง McDowell & Newell (1996) เสนอแนวคิดที่ว่าความผาสุกทางใจของดูพายนั้นสะท้อนแนวคิดของ Kurt Lewin ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาที่เชื่อว่าพฤติกรรมทางจิตเป็นส่วนรวมแยกศึกษาที่ละส่วนไม่ได้ กล่าวคือ พิจารณาพฤติกรรมหรือการกระทำทุกอย่างเป็นส่วนรวมเน้นในเรื่องส่วนรวม (Whole) มากกว่าปลีกย่อย อาจกล่าวได้ว่า ความผาสุกทางใจใน 6 ด้านนั้น เกิดจากการประมวลผลจากรู้สึกในภาพรวมของบุคคลแล้วสะท้อนออกมา

Campbell (1976) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจ เป็นความรู้สึกของความพึงพอใจจากประสบการณ์ การเรียนรู้ การรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาอยากให้เป็น ซึ่งเป็นความรู้สึกทั้งความรู้สึกด้านบวกและความรู้สึกด้านลบ การประเมินความผาสุกในชีวิตของบุคคล จะเป็นผลมาจากการที่บุคคลนั้นได้เผชิญกับสถานการณ์ในขณะนั้นและควบคุมสถานการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิตได้ ซึ่งจะสะท้อนออกมาให้เห็นในชีวิตของบุคคลในลักษณะของความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ที่ปรากฏอยู่จริง ซึ่งการรับรู้ความผาสุกทางใจของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งบุคคลที่มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตมาก ก็เป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่า มีความผาสุกในชีวิตมาก

Lawton (1983) กล่าวถึง ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุว่าเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตและการมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี โดยจำแนกความผาสุกทางใจออกเป็น 6 มิติ ซึ่งมีความสัมพันธ์ในการประเมินชีวิตของบุคคล ได้แก่ มิติด้านสุขภาพ มิติด้านชีวิตครอบครัว มิติด้านเพื่อนฝูง มิติด้านการดำเนินชีวิต มิติด้านการทำกิจกรรม และมิติด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย

Fisher (1992) กล่าวว่า ความผาสุก มีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิต สภาวะของสุขภาพทุกด้าน และความสามารถในการทำหน้าที่

Dirksen (1989) ความผาสุกในชีวิตมีความเป็นนามธรรมสูง เป็นการสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้ค่าของชีวิตในปัจจุบัน และเป็นสิ่งที่รับรู้ถึงความหมายของชีวิต

Friedman & King (1994) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจเป็นอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งถ้าบุคคลที่มีความรู้สึกด้านบวกมากก็就会有ความผาสุกทางใจมาก ซึ่งเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล

Ryff (1995) กล่าวถึงความผาสุกทางใจว่า เป็นความรู้สึกทางบวกของสุขภาพจิต (Positive mental health) และแบ่งออกเป็น 6 มิติ ซึ่งแต่ละมิติมีความคาบเกี่ยวกัน ได้แก่ การยอมรับในตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีอำนาจในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล และความมีอิสระในตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินตลอดระยะเวลาทั้งหมดของช่วงชีวิต ไม่ได้ประเมินในสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

Cummins (1996) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจเป็นความพึงพอใจในชีวิต เช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต และได้อธิบายองค์ประกอบของความผาสุกทางใจว่ามี 7 ด้าน คือ ความผาสุกทางวัตถุวิสัย ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติงานต่างๆ ความสนิทสนมคุ้นเคยกับบุคคลอื่น ความปลอดภัยทางด้านจิตใจ การมีส่วนร่วมในสังคม และความผาสุกทางอารมณ์

Hillier & Barrow (1999) กล่าวว่าความผาสุกทางใจ หมายถึง ความสุข ขวัญ และกำลังใจ เป็นการประเมินสภาวะที่ดำรงอยู่หรือความปรารถนาที่จะไปสู่จุดมุ่งหมายของบุคคล เป็นการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป

Orem (2001) กล่าวว่าความผาสุก หมายถึง บุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลจะมีความสุขได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ มีโรค มีความพิการ หรือสูญเสียโครงสร้างหรือหน้าที่บางอย่างไป นอกจากนี้ความผาสุกยังเป็นความรู้สึกของบุคคล ที่รับรู้ภาวะตนเอง ว่ามีความพึงพอใจ มีความยินดี และมีความสุข โดย

เกิดขึ้นภายในจิตใจ การได้บรรลุถึงอุดมคติของตนและการได้ดำรงความเป็นบุคคลที่เติบโตเข้าสู่วุฒิภาวะ

สำหรับในประเทศไทย จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์, และ Ingersoll-Dayton (2543) ได้ศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย โดยศึกษาในเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกทางใจประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่

1. มิติด้านความสามัคคีปรองดอง เป็นเรื่องสำหรับผู้สูงอายุไทยให้ความสำคัญมาก เกิดความผาสุกทางใจขึ้นเมื่อบุคคลในครอบครัว สังคมมีความรักใคร่กลมเกลียวไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน มีความเป็นมิตรที่ดีต่อกันระหว่างบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน

2. มิติด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุจะรู้สึกสบายใจ มีความสุขในการที่ตนเองได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ขณะเดียวกันก็มีความรู้สึกมั่นใจว่าจะมีที่พึ่งพายามที่ตนเองอายุมากขึ้น หรือเจ็บป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองยังเป็นผู้ที่มีคุณค่า ไม่ได้เป็นผู้รับฝ่ายเดียว

3. มิติด้านความสงบสุขและการยอมรับ เป็นการทำให้ยอมรับและหาความสงบในจิตใจ รวมถึงการปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจหรือสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้

4. มิติด้านการเคารพนับถือ คือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ มีความรู้สึกถึงการเคารพ ให้เกียรติหรือเมื่อผู้สูงอายุไต่ถามน้อยกว่ารับฟังหรือปฏิบัติตามคำแนะนำ การเคารพนับถือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลอื่นแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุ

5. มิติด้านความเบิกบาน ความเบิกบานนำมาซึ่งความสุขใจแก่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา และสนุกสนานรื่นรมย์กับสิ่งรอบๆตัว รวมถึงการมีอารมณ์ขันด้วย

ทุกแนวคิดความผาสุกที่กล่าวมาข้างต้น ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Bradburn (1965) มีทั้งแนวคิดที่กล่าวถึงทั้งสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ และแนวคิดที่กล่าวถึงสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกเพียงด้านเดียว ซึ่งแนวคิดที่กล่าวถึงสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ แนวคิดของ Lawton (1983) Fisher (1992) Ryff (1995) Cummins (1996) Dirksen (1989) Hillier & Barrow (1999) จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2543) และมีแนวคิดที่กล่าวถึงสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ (Positive affect and Negative affect) ได้แก่ แนวคิดของ Cantril (1965 cited in McKeehan, Cowling & Wykle, 1986) Andrew & Witney (1975 cited in Burgener & Chiverton 1992) Campbell (1976) Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1987) Friedman & King (1994) Orem (2001)

จากการประมวลแนวคิดของความผาสุกทางใจจากหลายๆ แนวคิด ทำให้สรุปได้ว่า ความผาสุกทางใจ หมายถึง สภาพอารมณ์หรือความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งของชีวิต ซึ่งความรู้สึกนั้นมีทั้งทางด้านบวก เช่น ความสุข ความพึงพอใจ ความมีชีวิตชีวา ความเบิกบาน ความสงบสุข ความสามัคคีปรองดอง และทางด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความทุกข์ ความว้าเหว่ ความเบื่อบานาน ความซึมเศร้า บุคคลที่มีความผาสุกทางใจมาก จะมีความรู้สึกด้านบวกมากกว่าด้านลบ และบุคคลที่มีความผาสุกทางใจน้อยจะมีความรู้สึกด้านลบมากกว่าด้านบวก

3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความผาสุกทางใจเป็นการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับเวลาและสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่ด้วย ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ สรุปได้ดังนี้

3.2.1 ปัจจัยภายในบุคคล ที่มีผลต่อความผาสุกทางใจ ได้แก่ เพศ อายุ ความหวัง ดังนี้

เพศ จากการศึกษาของ Bradburn (1969) พบว่า ขณะเมื่อมีการหย่าร้างเกิดขึ้น เพศชายมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิงและบุคคลที่มีอายุน้อยมีความผาสุกทางใจมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Berlin and Borden (1990) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การเผชิญปัญหาและความผาสุกทางใจ ในคู่สมรสของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรัง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงจะมีระดับความซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย นั่นคือ มีความผาสุกทางใจต่ำกว่าเพศชายนั่นเอง สอดคล้องแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า เพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศชายมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง

อายุ ตามแนวคิดของ Bradburn (1969) กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีอายุน้อยกว่าจะมีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกมากกว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่า นั่นคือ บุคคลที่มีอายุน้อยจะมีความผาสุกทางใจมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก เนื่องจากบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีภาระรับผิดชอบน้อยกว่า ทำให้มีความวิตกกังวลน้อยกว่าทำให้เกิดความผาสุกทางใจมากกว่า แต่พบว่ามีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน ได้แก่ การศึกษาของ Krause, et al. (1999) พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นจะมีความผาสุกทางใจน้อยกว่า ผู้สูงอายุตอนกลางหรือผู้สูงอายุตอนปลาย เนื่องจากผู้สูงอายุตอนกลางและผู้สูงอายุตอนปลายจะมีความเชื่อมั่น ศรัทธาในศาสนาที่ตนนับถือมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hamarat, et al. (2001) พบว่า วัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีความรู้สึกพึงพอใจและความผาสุกทางใจมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง

ความหวังมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ โดยบุคคลที่มีความหวังมาก ก็จะมีความผาสุกทางใจมากและบุคคลที่มีความหวังน้อยก็จะมีความผาสุกทางใจน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา เตชะศฤห (2540) Post-White et al. (1996) Areewan Oumtane (2001) และ Bland et al. (2002) เนื่องจาก ความหวัง มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับเหตุการณ์ ที่คุกคามต่อบุคคล ซึ่งบุคคลที่จัดการกับเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้มีความผาสุกทางใจมากกว่า

3.2.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงครอบครัว ชุมชน สังคม ที่อยู่อาศัย และวัฒนธรรม ประเพณีของแต่ละสังคม จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จากการให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้บทบาทหน้าที่และสถานภาพในสังคมลดลง สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความผาสุกทางใจดังนี้

ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ จากการศึกษาของ Penpaktr Uthis (1999) เรื่อง ความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ พบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fink (1995) พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ภาระในการดูแล จะทำให้เกิดความทุกข์ใจ กังวลใจ ความรู้สึกลึบ และความซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Gallant et al, (1998) ที่พบว่า ภาระเชิงปรณัยในการดูแลเป็นลักษณะความยากลำบากของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับโดยตรง ทำให้มีความผาสุกทางใจน้อย สำหรับงานวิจัยที่ศึกษา ภาระในการดูแลทั้ง 2 มิติ ได้แก่ งานวิจัยของ วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) และงานวิจัยของ Cone et al. (1999) พบว่า ภาระในการดูแลทั้ง 2 มิติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจ

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางใจ ที่พบว่าปัจจัยภายนอกที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ ดังจะเห็นได้จาก การศึกษาของปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล (2544) ศึกษาพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความผาสุกทางใจเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิตนันท์ โชติกรเจริญสุข (2545) พบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Rui (1999) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูล การให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยสตรีหลังผ่าตัดเต้านม เนื่องจากเป็นมะเร็งเต้านม มีความผาสุกทางใจ

มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ อิศรางกูร ณ อยุธยา (2541) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของรุ่งทิพย์ แบ่งใจ (2542) ที่ศึกษาถึงการสนับสนุนจากคู่สมรสจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ ซึ่งความผาสุกเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจในชีวิต และ สกฤตรัตน์ เตียววานิช (2545) ศึกษาความผาสุกของผู้สูงอายุ ในบทบาทผู้ดูแลเด็ก เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความผาสุกของผู้สูงอายุอยู่ ในระดับสูงจากปัจจัยต่างๆที่ระบุข้างต้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกเพื่อศึกษาปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ (Bradburn, 1969; Berlin, et al.,1990; Orem, 2001) อายุ (Bradburn, 1969; Krause,et al., 1999 Hamarat, et al., 2001) ความหวัง (Dufault & Martocchio, 1985; Brown, 1989 ; Miller, 1992; Herth, 1992,1993) และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ภาระในการดูแล (Montgomery, 1985) ความเข้มแข็งของครอบครัว (McCubbin & Thompson, 1986)

3.3 การประเมินความผาสุกทางใจ

การประเมินความผาสุกทางใจของบุคคลทั่วไปและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถประเมินได้ โดยการใช้เครื่องมือที่สามารถวัดให้สอดคล้องกับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่จะศึกษา โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.3.1 การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (Objective well-being) เป็นการวัดสภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินใจโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ หน้าที่ทางด้านร่างกาย เป็นต้น ได้แก่ แบบวัดความผาสุกโดยรวม (The Global Well-being Measure) ซึ่งเป็นการวัดความรู้สึกเกี่ยวกับองค์รวมของชีวิต ดัชนีความผาสุก (The Index of Well-being : IWB หรือ The Quality of Well-being Scale) (McDowell & Newell, 1996) เป็นต้น

3.3.2 การประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective well-being) เป็นการประเมินสภาวะภายในจิตใจของบุคคลตามการรับรู้ของตนเอง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาการประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective well-being) เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นภายในจิตใจทั้งในด้านบวกและด้านลบ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษา ซึ่งมีรายละเอียดของการประเมินตามแนวทางนี้ ดังนี้

การประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective well-being) นักวิชาการได้พัฒนาจากเครื่องในการวัดความผาสุกในชีวิต เนื่องจากมีข้อโต้แย้งว่าการวัดความผาสุกทางใจด้านจิตวิสัยสามารถวัดได้ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ เพราะในระหว่างปี ค.ศ. 1957-1972 ได้มีการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ถึงแม้ประชาชนจะมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ระบบการรักษาพยาบาล สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น แต่พบว่ามีความสุขในชีวิตลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะดี (Campbell, 1976) ดังนั้นนักวิชาการจึงพัฒนาเครื่องมือวัดความผาสุกในชีวิตขึ้น โดยประเมินจากประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคลตามการรับรู้ และประสบการณ์ในอดีตที่สะท้อนให้เห็นถึงภาวะของอารมณ์ เช่น ความปรารถนา ความพึงพอใจ ความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางด้านลบ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้วัดความผาสุกทางด้านจิตวิสัยสามารถแยกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. การมองความผาสุกทางใจในภาพรวมทั้งหมดของชีวิต ได้แก่ แบบวัดความผาสุกด้วยตนเองของแคนทริล (Cantril self-anchoring ladder scale) (Cantril, 1976 cited in McDowell & Newell, 1996) เป็นการประเมินความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นการวัดความผาสุกทางใจ จากผลที่เกิดจากการใช้กระบวนการนึกคิด (Cognitive process)

2. การมองความผาสุกทางใจที่มองด้วยองค์ประกอบหลายๆด้าน ได้แก่ แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไป (The General Well-being schedule : GWB) ของดูพาย (Dupuy, 1977 cited in McDowell & Newell, 1996) แบบวัดนี้เป็นการวัดความผาสุกทางใจที่ประกอบด้วย 6 ด้านด้วยกัน คือ 1) ความวิตกกังวล 2) ความซึมเศร้า 3) ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป 4) มีความผาสุกด้านบวก 5) การควบคุมตนเอง และ 6) ความมีชีวิตชีวา ซึ่งเครื่องมือนี้ใช้ได้กับบุคคลทั่วไป และเป็นการประเมินความผาสุกทางใจทั้งด้านบวกและด้านลบได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะใช้วัดความผาสุกทางใจของบุคคลในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (During the last month) เพื่อหลีกเลี่ยงการวัดความผาสุกทางใจจากกระบวนการนึกคิด (Cognitive process) เนื่องจากเป็นการประเมินความผาสุกทางใจ จากการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ออกมาจากภายในจิตใจ อันเป็นประสบการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวัน ที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับความรู้สึกในด้านบวก ได้แก่ ความรู้สึกกระฉับกระเฉง ความสดชื่นมีชีวิตชีวา มีพลังกำลัง มีอารมณ์มั่นคงและสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ มากกว่ามีความรู้สึกในด้านลบ ได้แก่ ความรู้สึกเครียดกังวลใจ ห่อใจ หมัดกำลังใจ หมัดหวัง ซึมเศร้า

3. การวัดความผาสุกทางใจโดยการประเมินทางด้านสุขภาพจิต เช่น แบบวัดการคัดกรองสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ในชุมชน (The Health Opinion Survey : HOS) (Macmillan, 1951 cited in McDowell & Newell, 1996), The Twenty-two Items Screening Score of Psychaitric Symtoms (Langner, 1962 cited in McDowell & Newell, 1996) ซึ่งเป็น

การวัดภาวะสุขภาพจิตแต่ไม่สามารถได้ละเอียดนักเพราะไม่สามารถแยกแยะความผิดปกติตามชนิดของการเจ็บป่วยทางจิตได้ The Affect Balance Scale (Bradburn, 1965 cited in McDowell & Newell, 1996) เป็นการวัดที่บ่งชี้ถึงปฏิกริยาทางด้านจิตใจทั้งในด้านบวกและด้านลบในกลุ่มประชาชนทั่วไป ซึ่งสามารถบ่งชี้ถึงความสุขทั่วไปในชีวิตและความผาสุกทางใจ, The Rand Mental Health Inventory : MHI (Rand Corporation & Ware, 1979 cited in McDowell & Newell, 1996) เป็นการวัดสภาวะกตตันทางด้านจิตใจและความผาสุกในชีวิตซึ่งใช้สำรวจในกลุ่มประชากรทั่วไป และ The General Health Questionnaire : GHQ (Goldberg, 1972 cited in McDowell & Newell, 1996) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิตใจในระยะเริ่มต้น

3.4 ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบบงานวิจัยที่กล่าวถึงความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตลอดจนโรคจิตชนิดอื่นๆ พบเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยทางกายที่เรื้อรังเท่านั้น ซึ่งผู้ดูแลต้องรับภาระหนักและให้การผู้ดูแลที่ยาวนานเช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล ซึ่งการดูแลเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดผลกระทบต่อทางร่างกาย เช่น ทำให้ร่างกายทรุดโทรม โรคแทรกซ้อน และยังมีผลต่อจิตใจ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ วิตกกังวล ซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้ทำให้มีผลต่อสภาพอารมณ์และความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีงานวิจัยเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลดังนี้ วาสนา เกษมสุข (2545) ศึกษาเรื่องความผาสุกของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่มารับการรักษาศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ พบว่า ความผาสุกของผู้ดูแลเด็กแบบประจำอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 66.67) ความผาสุกของผู้ดูแลเด็กแบบไปกลับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.06) และจากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพามีความผาสุกทางใจน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Cone, et al. (1999) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ มีความผาสุกทางใจน้อย

4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ดังนั้น การที่จะช่วยให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) หรือเป็นผู้ที่มีความสุข ความยินดี และมีความพึงพอใจในชีวิต ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรให้การพยาบาลในลักษณะต่างๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจได้ อย่างเหมาะสมกับสภาพบุคคล ดังนี้

1. ประเมินภาวะด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสังเกตอาการ ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งเป็นอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความพึงพอใจ ความสุขใจ ในการดูแล และอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และด้านลบ เพื่อทราบข้อมูลเบื้องต้นในการให้การ การส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูให้ผู้ดูแลมีการคงไว้ซึ่งความผาสุกทางใจหรือมีความผาสุกทางใจที่ดีขึ้น ตลอดจนป้องกันปัญหาการขาดความผาสุกทางใจหรืออารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลให้มีลดน้อยลง

2. สร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผยให้เป็นที่ไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ระบายความรู้สึก หรือพูดทุกสิ่งทุกอย่างที่อยากพูด และรับฟังความตั้งใจ จริงใจ และเข้าใจ ไม่วิพากษ์วิจารณ์หรือตัดสินใดๆ ในกิริยา คำพูดและท่าทางที่แสดงออกในระหว่างสนทนาควรใช้วิธีการพูดรับฟังด้วยความจริงใจ ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความอบอุ่นใจ

3. อธิบายให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบเกี่ยวกับการรับการรักษา และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจและทราบแนวทางในการดูแลรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลผู้ป่วย ให้มีความหวังและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่เสมอ

4. ให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพร้อมครอบครัว (Family counselling) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความรักความอบอุ่น ความเอาใจใส่และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพร้อมครอบครัวสอบถามและปรึกษา ถึงการดูแลผู้ป่วยที่ยังสงสัยหรือต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม พร้อมทั้งประเมินว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจรับรู้การส่งเสริมความผาสุกทางใจตรงกับที่ได้รับข้อมูลไปหรือไม่ เพื่อว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถนำไปปรับใช้ได้ด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

6. สิ้นสุดการให้การพยาบาลช่วยเหลือในครั้งนี้ และนัดพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องต่อไป อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

5. ภาระในการดูแลผู้ป่วย (Care burden)

5.1 ความหมาย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแล ในการให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ทำให้เกิดมุมมองเกี่ยวกับการดูแลอย่างกว้างขวาง พบว่ามีบางกลุ่มใช้คำว่า ภาระ (burden) ภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ภาระการดูแล (caregiving burden)

พจนานุกรมไทย ให้ความหมายของภาวะว่า หมายถึง งานที่หนัก หน้าที่ต้องรับผิดชอบ (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2535)

Platt (1985) ให้ความหมายภาวะว่า หมายถึง ปัญหาและความยุ่งยากต่างๆ หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากกับผู้ดูแลหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

Montgomery Gonyea & Hooyman (1985) กล่าวว่า ภาวะ เป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาวะในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแล มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล

Bull (1990) ให้ความหมายภาวะว่า หมายถึง เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแลและเป็นผลให้สุขภาพกาย หน้าที่ และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง

Oberst (1991) ให้ความหมายภาวะในการดูแลว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแลและความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ซึ่งในประเทศไทย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาวะการดูแลของ Oberst ไว้เป็นภาษาไทย

5.2 ลักษณะภาวะในการดูแล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งลักษณะภาวะในการดูแล ได้ดังนี้

1. **ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden)** หมายถึง ผลลัพธ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกขใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ

2. **ภาวะการดูแลเชิงปรนัยผู้ดูแล (objective burden)** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ

Tesler และคณะ (1982, cited in Jone. S. L ;1996) ได้กล่าวถึงลักษณะภาวะการดูแล โดยเสนอในแนวความคิดเกี่ยวกับภาวะชื่อ Tesler' s concept of caregiver burden ซึ่งแบ่งภาวะออกเป็นเชิงอัตวิสัยและจิตวิสัย ซึ่งภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแล และพฤติกรรมของผู้ป่วยดังนี้

พฤติกรรมของผู้ดูแล

1. ภาวะเชิงอัตวิสัย คือ ภาวะที่หนักของผู้ดูแลมาจากสถาน

การณ์การให้การดูแล เป็นภาวะที่หนักของผู้ดูแลมาจากสถานการณ์การให้การดูแลและพฤติกรรมที่รบกวนของคนไข้

2. ภาวะเชิงจิตวิสัย คือ ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์สัมพันธ์กับภาวะที่หนักของผู้ดูแลเกิดจากการประเมินสถานการณ์การดูแลของผู้ดูแลซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะที่หนักของผู้ดูแลและพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย

พฤติกรรมของผู้ป่วย

1. ภาวะเชิงอัตวิสัย คือ ภาวะที่หนักของผู้ดูแลมาจากพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย

2. ภาวะเชิงจิตวิสัย คือ ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่รบกวนผู้ป่วย

Oberst (1991) ได้กล่าวถึงลักษณะการดูแลผู้ที่เป็นโรคโดยทั่วไปไว้ 3 ด้าน คือ

1. การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยโดยตรง ได้แก่ ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ออกกำลังกาย

2. การดูแลด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ การจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรม

3. การดูแลทั่วไป ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน การประสานงานกับองค์กรรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ การสนับสนุนการประกอบอาชีพ

โดยสรุป จากแนวคิดภาวะในการดูแลที่มีความหมายและลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งพอสรุปได้ว่า ภาวะในการดูแลเกิดจากการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ร่วมกับการรับรู้ผลกระทบที่ได้จากการดูแลนั้น ซึ่งเป็นรูปแบบทั้งนามธรรมและรูปธรรม และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม แสดงให้เห็นบทบาทหน้าที่ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งต้องเรียนรู้วิธีการผสมผสานกิจกรรมการดูแลให้เข้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของตนเอง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลได้

5.3 การประเมินภาระในการดูแล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบวิธีการประเมินภาระในการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

1. การประเมินภาระในการดูแล ของ Oberst (1991) โดย Oberst ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำดูแลควรสนใจทั้งปริมาณเวลา หรือปริมาณความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ

1) ภาระเชิงปรนัยในการดูแล (Objective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

2) ภาระเชิงอัตนัยในการดูแล (Subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบาก (different) ในการทำกิจกรรมการดูแลวัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

แบบประเมินภาระการดูแลของ Oberst (1991) ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiving Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเพื่อวัดภาระการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (cited in Oberst, Thomas, Gass, & Ward 1989)

ในประเทศไทย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาระการดูแลของ Oberst (1991) เป็นภาษาไทยและได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการจากนั้นนำไปปรับปรุงข้อคำถามบางข้อ เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

การประเมินภาระในการดูแล ของ Montgomery et al. (1985) โดย Montgomery et al. (1985) แบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ

1) ภาระเชิงปรนัยในการดูแล (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ

2) ภาระเชิงอัตนัยในการดูแล (subjective burden) เป็นความรู้สึกทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือร้อน อับอาย ความโกรธ ความขมขื่น ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาวะในการดูแลออกเป็น 2 มิติ ดังกล่าวข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติ สามารถนำมาพิจารณาภาวะของผู้ดูแล เฉพาะมิตินั้นๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาวะในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้น การนำเครื่องมือมาใช้ ควรพิจารณาให้เหมาะกับภาวะในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาภาวะในการดูแล โดยใช้วิธีการประเมินตามแนวคิด ของ Montgomery (1985) ในส่วนที่เป็นภาวะเชิงปรนัย (objective burden) เนื่องจาก มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

5.4 ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านพฤติกรรม ความคิด จิตใจ อารมณ์ สังคม เกิดความบกพร่องในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน จึงต้องพึ่งพาการดูแลจากญาติ และครอบครัว ซึ่งมีสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก โดยต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต ประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ญาติและครอบครัวมักได้รับความเป็น ตราบาป (Stigma) จากสังคม อีกทั้งโรคนี้ถ้าขาดการดูแลรักษาพยาบาลที่ดี มักจะเป็นรุนแรง เรื้อรังและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ซึ่งแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรค ทางกายอื่นๆ ทั่วไป จึงทำให้ผู้ดูแลหลักได้รับภาวะในการดูแลเป็นอย่างมาก ประกอบด้วย ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล และภาวะเชิงอัตนัยในการดูแล ซึ่งรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแลก่อให้เกิดปัญหาทั้งทาง ด้านกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า และปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาทางด้านการเงิน โดยเฉพาะภาวะเชิงปรนัย ในการดูแล ซึ่งเป็นเหตุการณ์เป็นรูปธรรมชัดเจน จะพบว่าความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจาก หน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เปลี่ยนแปลงไป เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง มีความเป็นอิสระลดลง มีกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมร่วมกับครอบครัวลดลง ทำให้สัมพันธ์กับสังคมและครอบครัวลดลง พลังงาน ลดลง ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาหน้าที่การงาน มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ จากการที่ต้องมีรายจ่าย เพิ่มจากการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีเวลาในการประกอบอาชีพลดน้อยลง จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ทำให้สภาพอารมณ์หรือความรู้สึก ทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งทำให้ความผาสุกทางใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะต่างกัน

5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแลและความผาสุกทางใจ

ภาระในการดูแล (Care burden) เป็นลักษณะและการรับรู้ถึงความรู้สึก ความยากลำบาก ความกดดัน ความหนัก และความเดือดร้อน ในการกระทำกิจกรรมหรือ การดูแลผู้ป่วย มีผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป มีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลโดยตรงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เกิดเป็นสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจ ความมีชีวิตชีวา ความวิตกกังวล ความเครียด ความทุกข์ ซึ่งผู้ดูแลที่มีสภาพอารมณ์หรือ ความรู้สึกเหล่านี้ ทำให้สามารถประเมินได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความผาสุกทางใจมากน้อยเพียงใด ซึ่งถ้ามีสภาพอารมณ์และความรู้สึกด้านลบมากกว่าด้านบวกก็แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความผาสุกทางใจน้อย ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความผาสุกทางใจ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Gallant et al. (1998) พบว่า ภาระเชิงปรณัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจ เนื่องจากภาระเชิงปรณัยในการดูแล เป็นลักษณะ ความยากลำบากของกิจกรรมการดูแลที่ได้รับโดยตรง ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีภาระในการดูแล มาก จะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมสุขภาพด้านลบในการดูแลตนเอง ซึ่งความผาสุกทางใจจะน้อยลง และจากงานวิจัยที่ศึกษา ภาระเชิงปรณัยในการดูแลร่วมกับภาระเชิงอัตนัยในการดูแล ได้แก่ งานวิจัยของ วิจารณ์ชน ชะอุ่ม (2536) พบว่า ภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาที่มีความสัมพันธ์ ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Cone et al. (1999) พบว่า ภาระในการดูแลของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจ

6. แนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness)

6.1 ความหมาย

แนวคิดความเข้มแข็งถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกในวงการเกษตร หมายถึง ลักษณะ ของข้าวโพดที่สามารถทนทานต่อสภาพอากาศที่เป็นอันตรายต่อคุณภาพของข้าวโพด (Lee, 1983 อ้างใน สมพร กิ่งแก้ว, 2543: 6) ต่อมาแนวคิดนี้ได้รับการนำมาศึกษาครั้งแรกโดย Kobasa (1979) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาในกลุ่มทฤษฎีอัตถภาวะนิยม (existentialism) ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็ง ว่าเป็นบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่สามารถช่วยให้บุคคลปรับตัวได้แม้เมื่อเผชิญกับความเครียด ในระดับสูง ซึ่งแสดงออกทางทัศนคติ โดยลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งจะประกอบด้วย

- 1) ความมุ่งมั่น หมายถึง ความสามารถรู้สึกถึงความเกี่ยวพันในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิต
- 2) ความมีอำนาจควบคุม หมายถึง ความเชื่อในความสามารถควบคุมหรือมีอิทธิพล ต่อเหตุการณ์ที่ประสบ และ 3) ความท้าทาย หมายถึง การคาดหมายการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นสิ่ง

ทำให้ตื่นเต้นและก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป ความเข้มแข็งตามแนวคิดของ Kobasa (1979) เป็นความเข้มแข็งในสถานการณ์ต่างๆ ไปในชีวิตและสังคม

ต่อมา McCubbin & Thompson (1986) ได้พัฒนานำแนวคิดความเข้มแข็งมาจากแนวคิดของ Kobasa (1979) เพื่อนำมาวัดความเข้มแข็งในครอบครัว โดยนำเสนอว่าความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness) เป็นลักษณะโครงสร้างของครอบครัวที่ช่วยลดความรุนแรงของความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความเจ็บป่วยในครอบครัว โดย McCubbin & Thompson (1986) ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งของครอบครัวว่าเป็นลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของครอบครัวที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤตหรือสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวให้คงอยู่ในภาวะปกติ

6.2 องค์ประกอบความเข้มแข็งของครอบครัวตามแนวคิดของ McCubbin & Thompson (1986)

แนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัวตามแนวคิดของ McCubbin & Thompson (1986) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

6.2.1 ความมุ่งมั่นผูกพัน (Commitment) หมายถึง สมรรถนะ การกระตุ้น และการให้แรงบันดาลใจของบุคคล ในการประเมินและการเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะนำไปสู่การทำกิจกรรมที่เหมาะสมต่อครอบครัว เพื่อจัดการหรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านครอบครัว

6.2.2 ความมีอำนาจควบคุม (Control) หมายถึง ความรู้สึกของการควบคุมหรือเอาชนะเหตุการณ์ที่ประสบ หรือความเชื่อมั่นในตนเองของบุคคล ที่จำเป็นต่อการประเมินและการตีความหมายสิ่งที่ทำให้เกิดสถานการณ์เครียดในครอบครัวหรือผลกระทบด้านครอบครัวที่เหมาะสม

6.2.3 ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง การที่บุคคลประเมินสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านครอบครัวซ้ำเหมือนสิ่งกระตุ้นและมีประโยชน์แฝงอยู่ และเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเองต่อไปในอนาคต

6.3 การประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว

McCubbin & Thompson (1986) ได้สร้างเครื่องมือวัดระดับความเข้มแข็งของตน โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ การวัดความมุ่งมั่น ความมีอำนาจควบคุม ความท้าทาย ด้วยมีความเป็นมาของการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. **การวัดความมุ่งมั่นผูกพัน** โดย McCubbin & Thompson (1986) ได้ใช้แบบวัดความห่างเหินจากตนเองและแบบวัดความห่างเหินจากงาน (The Alienation From Self and Alienation From Work Scale of the Alienation Test) ที่สร้างโดย Maddi, Kobasa, & Hoover (1979) ซึ่งสามารถสะท้อนถึงการมุ่งมั่นผูกพันต่อตนเองและงาน

2. **การวัดการควบคุม** โดย McCubbin & Thompson (1986) ได้ใช้แบบวัดการควบคุมอำนาจภายในตนเองและภายนอกตนเอง (The Internal – External Local of Control Schedules) ของ Rotter, Seeman, & Liverant (1962) และแบบวัดความไร้พลังอำนาจภายในตน (Powerlessness Scale) Maddi, Kobasa, & Hoover (1979) ซึ่งจะสะท้อนถึงการควบคุมตนเอง

3. **การวัดความท้าทาย** โดย McCubbin & Thompson (1986) ได้ใช้แบบประเมินเป้าหมายในชีวิต (The California Life Goals Evaluation Schedules) ของ Ham (1966) เป็นมาตรวัดความปลอดภัยในแผนการประเมินเป้าหมายชีวิตของบุคคล (The California Life Goals Evaluation Schedules) ของฮาน ซึ่งจะสะท้อนถึงลักษณะความท้าทายของบุคคล

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัวกับความผาสุกทางใจ

ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family Hardiness) ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นผูกพัน (Commitment) ความมีอำนาจควบคุมสถานการณ์นั้น (Control) ความรู้สึกท้าทายต่อสถานการณ์นั้น (Challenge) ซึ่งต้องผสมผสานกันทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ จะทำให้ครอบครัวผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤตได้ McCubbin & Thompson (1986) และผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวก็จะเกิดความผาสุกทางใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fink (1995) พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ Penpaktr Uthis (1999) พบว่า มีสัมพันธ์ทางบวก กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์

7. แนวคิดความหวัง (Hope)

7.1 ความหมาย

ความหวังเป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ของแต่ละบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะตัว เป็นความต้องการทางจิตวิญญาณ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของกาลเวลา (Hinds, 1984) และในทางการแพทย์ มีผู้ให้ความหมายของความหวังไว้ต่างกัน ดังนี้

Lynch (1965) ได้ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นความคาดหวังของบุคคลว่าจะประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ต้องการ และรับรู้ถึงความเป็นไปได้

Weisman (1979) กล่าวว่า ความหวังเป็นสิ่งที่สัมผัสและวัดไม่ได้ แต่เป็นความรู้สึกของจิตใจที่แท้จริง ความหวังเกิดจากการมองเห็นในแง่ดีหรือเป็นความคาดหวังถึงความสำเร็จ

Miller (1983) กล่าวว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคล เปรียบเสมือนความพร้อมภายในตัวของบุคคลที่ก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่างๆ และเป็น การคาดหวังถึงอนาคตที่บรรลุความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา

Beck, Ravlins & Williams (1984) กล่าวว่า ความหวังเป็นสภาวะทางด้านจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มาหรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าถ้าหากสิ่งที่เขาปรารถนานั้นบรรลุ ความมุ่งหมายชีวิตของเขาก็จะเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นหรือสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในชีวิตได้ไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือทางใจ ความหวังจึงทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและมีความแข็งแกร่งในการเผชิญปัญหา และสามารถปรับตัวและดำรงอยู่ท่ามกลางความเครียดต่างๆ ที่มากระทบได้

Novotny (1989) กล่าวว่าความหวังเป็นองค์ประกอบของชีวิต บุคคลไม่ว่าจะอยู่ในวัยใด และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตตั้งอยู่บนพื้นฐานของเวลาและการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของสิ่งแวดล้อม

Herth (1992) กล่าวว่า ความหวังเป็นภาวะทางด้านจิตใจที่เป็นพลังงานภายในของบุคคล ที่แสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่า บุคคลสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ และได้มาในสิ่งที่ตั้งตามตามที่ตนคาดหวังหรือปรารถนาให้เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล และแบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. **ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวในอนาคต** (Inner sense of temporality and future) โดยรวมมิติด้านสติปัญญาและเวลาไว้ด้วยกัน เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าจะต้องสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคตอันใกล้หรือไกลจากขณะนี้
2. **ความรู้สึกภายในที่พร้อมและความคาดหวังทางบวก** (Inner positive readiness and expectancy) โดยรวมมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรมไว้ด้วยกัน เป็นความรู้สึกมั่นใจและคาดหวังทางบวกที่มีต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกพร้อมในการที่จะทำตามแผนบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมาย
3. **ความสัมพันธ์ระหว่างตนกับบุคคลอื่น** (Interconnectedness with self

others) โดยรวมมิติด้านความผูกพันและสถานการณ์แวดล้อมไว้ด้วยกัน เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องของผูกพันภายในตนเองและระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ

กล่าวโดยสรุป จากแนวคิดความหวังที่มีหลากหลาย ซึ่งพอสรุปได้ว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิตบุคคล เป็นสภาวะทางด้านจิตใจที่เชื่อมั่นว่าจะได้มาซึ่งสิ่งที่ตนคาดหวังและปรารถนาให้เกิดขึ้น สภาวะจิตใจเช่นนี้แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และการกระทำ

7.2 องค์ประกอบของความหวัง

องค์ประกอบของความหวังตามแนวคิดของ Lange (cited in Carlson, 1987, p. 17) ประกอบด้วย 2 ด้าน

7.2.1 ด้านอารมณ์ (affective component) ประกอบด้วยความศรัทธา ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง องค์ประกอบเหล่านี้มีบทบาทในการกระตุ้น และสนับสนุนให้บุคคลมีความหวังหรือสิ้นหวังในระดับที่ต่างกัน

7.2.2 ด้านสติปัญญา (cognitive component) ประกอบด้วยการใช้เหตุผลในการพิจารณาไตร่ตรองและประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำหน้าที่ประสานและควบคุมองค์ประกอบด้านอารมณ์

Stotland (cited in McGee, 1984) กล่าวถึง โครงสร้างของความหวังว่ามี 2 องค์ประกอบคือ การรับรู้ถึงความเป็นไปได้ ในการได้มาซึ่งเป้าหมายหนึ่งๆ และการรับรู้ถึงความสำคัญของเป้าหมายดังกล่าว และองค์ประกอบ 2 ประการนั้นมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ 3 เรื่องคือ บุคคล เหตุการณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเหตุการณ์

นอกจากแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของความหวังดังกล่าวมาแล้ว ยังมีแนวคิดที่แตกต่างออกไป คือ แนวคิดของ Dufault & Martocchio (1985, pp. 379-39) ที่กล่าวว่า ความหวังเป็นแรงขับที่เป็นพลวัตและมีหลายมิติ ซึ่งความหวังจะประกอบด้วยขอบเขตของความหวัง กับมิติของความหวัง

ขอบเขตของความหวัง แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1. ความหวังในวงกว้าง (generalized hope) คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับผลประโยชน์ในอนาคตโดยคำนึงถึงการจะได้มา และไม่จำกัดว่าผลประโยชน์นั้นจะเป็นลักษณะรูปธรรมหรือนามธรรม เป็นส่วนหนึ่งของพลังกระตุ้นและเกิดแรงจูงใจในการดำรงชีวิต

เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ความหวังในวงกว้าง ยังช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกสิ้นหวังเมื่อความหวังในวงแคบไม่ประสบผล

2. ความหวังในวงแคบ (particularized hope) คือความรู้สึกเกี่ยวกับผล

ประโยชน์ในแง่คุณค่า ความดี สภาวะการณ์ มีลักษณะรูปธรรมหรือนามธรรมที่มีลักษณะโดดเด่น และมีความชัดเจน ได้แก่ ความหวังที่ต้องการให้สถานการณ์ในปัจจุบันดีขึ้น หรือว่าในสิ่งที่ตนเองไม่ได้รับแต่เชื่อว่าในอนาคตจะได้รับ ความคาดหวังในวงแคบนี้มีความหมายต่อชีวิตของบุคคลอย่างมาก เนื่องจากความหวังลักษณะนี้จะเป็นสิ่งจูงใจบุคคลให้มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ทั้งความหวังในวงกว้างและความหวังในวงแคบนี้มีความสัมพันธ์กัน แต่มีความแตกต่างกันค่อนข้างชัดเจน และภายใน 2 ขอบเขตนี้ประกอบด้วย 6 มิติดังนี้

1. **มิติทางด้านอารมณ์ (affective dimension)** เป็นอารมณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวกับสิ่งที่หวัง ประกอบด้วยความรู้สึกดึงดูดใจต่อสิ่งที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้น ความรู้สึกเชื่อมั่นเกี่ยวกับการได้มาในสิ่งที่ต้องการ ความรู้สึกไม่แน่ใจเป็นบางครั้งว่าจะได้มาในสิ่งที่ต้องการหรือไม่ และความรู้สึกอื่นๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกับความหวัง เช่น เป็นสุขใจ ตื่นเต้น

2. **มิติทางด้านสติปัญญา (cognitive dimension)** เป็นมิตินิยามความคิด จินตนาการ การรับรู้ การเรียนรู้ การแปลความ และการตัดสินใจที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง ประกอบด้วยเป้าหมายของความหวัง การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงกับความหวัง การจำแนกปัจจัยที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งเสริมให้เกิดความหวัง การยอมรับว่าความปรารถนาในอนาคตเป็นไปได้หรือเป็นไปได้ก็ไม่ได้ การจินตนาการถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคตโดยใช้ประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบันเป็นสิ่งที่สนับสนุนว่า คนเรามีโอกาสพบกับสิ่งที่ต้องการในขอบเขตที่กว้างกว่า และพบกับสิ่งที่ไม่ต้องการในขอบเขตที่แคบกว่า

3. **มิติทางการแสดงออก (behavioral dimension)** เป็นการกระทำการแสดงออกของบุคคลที่สัมพันธ์กับความหวัง เช่น การกระทำการใดๆ ที่นำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมายซึ่งอาจแสดงออกทั้งทางจิตใจ ทางกาย ทางสังคม ทางศาสนา และทางความเชื่อ ซึ่งพฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลนั้น เกิดจากความตั้งใจและความต้องการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมทั้งการคิดถึงอนาคตในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน

4. **มิติทางด้านความผูกพัน (affiliative dimension)** เป็นความผูกพันเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งอื่นได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความรู้สึกใกล้ชิดกับผู้อื่นหรือสิ่งอื่นที่นอกเหนือจากตนเอง บุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วและพระเจ้าอีกด้วย

5. **มิติด้านเวลา (temporal dimension)** เป็นความหวังที่สัมพันธ์กับเวลา เป็นเรื่องที่บุคคลคิดเกี่ยวกับอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของตนเอง

มิติด้านเวลาเกี่ยวกับอนาคต ความหวังของบุคคลมีความแตกต่างกันในเรื่องของเวลา เช่น บางคนอาจหวังในอนาคตที่ใกล้จะถึงจะมีการกำหนดเวลาในช่วงสั้น บางคนกำหนดเวลาในช่วงยาว ความหวังในอนาคตของบางคนรวมถึงเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่กำลังจะเกิดขึ้นด้วย และบางคนก็หวังให้เกิดขึ้นเป็นนิรันดร์

มิติด้านเวลาเกี่ยวกับอดีต ประสบการณ์เกี่ยวกับความหวังในอดีตมีอิทธิพลเกี่ยวกับความหวังในปัจจุบันมาก หากความหวังในอดีตไม่ประสบความสำเร็จอาจทำให้บุคคลเกิดความไม่แน่ใจและนำไปสู่ความสิ้นหวังได้ แต่ขณะเดียวกันหากบุคคลเคยสมหวังในอดีตอาจเป็นบทเรียนให้กับบุคคลในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา ซึ่งบุคคลจะหวังว่าเหตุการณ์ที่ผิดหวังนี้จะไม่เกิดขึ้นอีกในอนาคต

มิติด้านเวลาเกี่ยวกับปัจจุบัน บุคคลมักจะหวังว่าสิ่งดีๆ ในปัจจุบันจะประกอบเป็นส่วนหนึ่งของอนาคตหรือหวังว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะนำไปสู่สิ่งที่ดีกว่าในอนาคต

6. มิติด้านหน้าที่และกิจกรรมของชีวิต (contextual dimension) หมายถึงหน้าที่และกิจกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความปกติสุขทางกาย การดำเนินชีวิตที่คุ้นเคย ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ความสามารถในการพึ่งตนเอง สามารถที่จะดำรงบทบาทที่ตนคาดหวัง ความมั่นคงทางหลักประกันชีวิตและความเป็นเจ้าของในสิ่งที่ตนเห็นว่ามีคุณค่า

จากแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบความหวังของ Dufault และ Matosio ซึ่ง Herth (1939) ได้นำมาสร้างเครื่องมือวัดความหวัง โดยแบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 เป็นความคิด ความคาดหวัง และความปรารถนาที่จะได้มาหรือประสบผลสำเร็จในชีวิตทั้งในปัจจุบันและในอนาคต มีการวางแผนการดำเนินชีวิตและมีความหวังในการเผชิญกับปัญหาที่ยุ่งยาก

ด้านที่ 2 เป็นความรู้สึกและการแสดงออกที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่าความคาดหวัง ความปรารถนาจะประสบความสำเร็จ

ด้านที่ 3 เป็นความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สถานการณ์แวดล้อมยังรวมถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วย

7.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความหวัง

ประสบการณ์ของความหวังของบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ (Soeken & Carson, 1987, p. 609) เช่นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั้งในอดีตและปัจจุบัน และเป้าหมายชีวิตของแต่ละคนซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านอารมณ์และความรู้สึก ได้แก่ ความ

ศรัทธา ความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ ร่วมกับการพิจารณา ไตร่ตรอง และประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยเหตุผล ซึ่งจะมีอิทธิพลก่อให้เกิดความหวังในระดับต่างๆ กัน (Lange cited in Carlson, 1987, P. 179) นอกจากนั้นความหวังของบุคคลยังมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่นในภาวะที่ปัจจัยภายในบุคคลไม่เพียงพอหรือลดลงไป และยังสัมพันธ์กับความไว้วางใจและความอดสาหัส (Beck, Rawlins & Williams, 1984, p. 502) ซึ่ง Beck และคณะ กล่าวว่า บุคคลจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤต และความอดสาหัสจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้โดยไม่สูญเสียกำลังใจและมีการกระทำที่มีความตั้งใจจริง ดังนั้น ความหวังจึงมีความสัมพันธ์กับความอดสาหัส และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังเช่นการศึกษา Stoner (1983, P. 1158) และการศึกษาของ Rideout (1986, p. 437) ที่พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับสิ่งสนับสนุนทางสังคม

อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น ในเหตุการณ์เดียวกันอาจเป็นทั้งสาเหตุให้เกิดความหวัง หรือบั่นทอนความหวังของบุคคลได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การแปลความหมายหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสิ่งที่ดี หรือร้ายสำหรับตน

7.4 วิธีการประเมินความหวัง

ความหวังในชีวิตของบุคคล จะช่วยให้บุคคลได้รู้ความต้องการและประสบกับความต้องการที่จำเป็นของชีวิต เป็นพลังกระตุ้นให้เกิดความมานะอดทน เมื่อมองเห็นความสำเร็จสมหวังอยู่เบื้องหน้า ซึ่ง Herth (1992) มองว่าความหวังเป็นภาวะทางด้านจิตใจที่เป็นพลังงานภายในของบุคคล ที่แสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่าบุคคลสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มา ในสิ่งที่ตั้งตามที่ตั้งใจหมาย หรือปรารถนาให้เกิดขึ้นในอนาคต

การสร้างเครื่องมือในการประเมินความหวังในระยะแรก จะเป็นไปตามแนวคิดความหวังที่ยังแคบ และยึดถือการบรรลุสู่เป้าหมายเท่านั้น (Stotland, 1969 cited in Herth 1991) ไม่ได้สะท้อนถึงโครงสร้างของความหวัง

ต่อมาแนวคิดเกี่ยวกับความหวังมองว่าความหวังประกอบด้วยหลายมิติ สามารถประเมินได้ทั้งโดยการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม โดยพฤติกรรมของบุคคลที่มีความหวัง เช่น ความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีชีวิตชีวา มองอนาคตในแง่ดี การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่แยกตนเอง และมีความเชื่อว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่คาดหวัง เป็นต้น (Lange, 1978) เครื่องมือในการประเมินความหวังตามแนวคิดนี้ ได้แก่

Miller Hope Scale (MHS) และ Nowotny Hope Scale (NHS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความหวังในกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Herth Hope Scale (HHS) ซึ่ง Herth (1991) ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับความหวังของ Dufalt และ Matoccio เพื่อให้สามารถใช้ประเมินความหวังในผู้ใหญ่ได้อย่างกว้างขวางทุกกลุ่มทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเฉียบพลัน กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยใกล้ตาย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ครอบคลุมโคลงสร้างของความหวังทั้ง 3 มิติ คือ ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและอนาคต ความรู้สึกภายในที่พร้อมและความคาดหวังในเชิงบวก และความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ผ่านการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ระหว่าง 0.75-0.94 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89-0.91 และ Herth (1992) ได้สร้างดัชนีบ่งชี้ความหวังของ Herth (Herth Hope Index :HHI) ขึ้นมา เพื่อให้สามารถประเมินความหวังของบุคคลได้โดยใช้ระยะเวลาที่สั้น แต่สามารถวัดได้ครอบคลุมในโครงสร้างของความหวังแต่ละมิติ โดยดัดแปลงจากมาตรวัดความหวัง ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ โดยในแต่ละมิติของความหวังแต่ละมิติ โดยในแต่ละมิติของความหวังประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ผ่านการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.97 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการทดสอบซ้ำ 0.91 มารยาท วงษาบุตร (2539) ได้ดัดแปลง Herth Hope Index (HHI) และนำไปใช้ในผู้ติดเชื้อเอดส์ ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.81 ต่อมา จันทนา เตชะคุณ (2540) ได้นำมาดัดแปลง Herth Hope Index (HHI) ใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.83

ในงานวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือวัดความหวัง Herth Hope Index (HHI) ของ Herth (1992) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถวัดความหวังได้สอดคล้องกับแนวคิดที่ผู้วิจัยศึกษา โดยไม่มีความซ้ำซ้อนกับแนวคิดอื่นๆ ที่ศึกษาพร้อมกันในการวิจัยครั้งนี้

7.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากมายและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ส่งผลต่อบทบาทและแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดอิสระและความมั่นใจในการควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น สูญเสียภาวะสุขภาพ สูญเสียรายได้ สูญเสียสถานภาพในสังคมและครอบครัว สูญเสียการควบคุม เป็นต้น ซึ่งความรู้สึกสูญเสียเหล่านี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับประสบการณ์ความรู้สึกสูญเสียในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย Herth (1992) ได้กล่าวถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่ทำให้บุคคลได้พบกับความสูญเสีย มีผลทำให้ระดับความหวังของบุคคลลดลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Irvin (1997) ที่กล่าวถึง

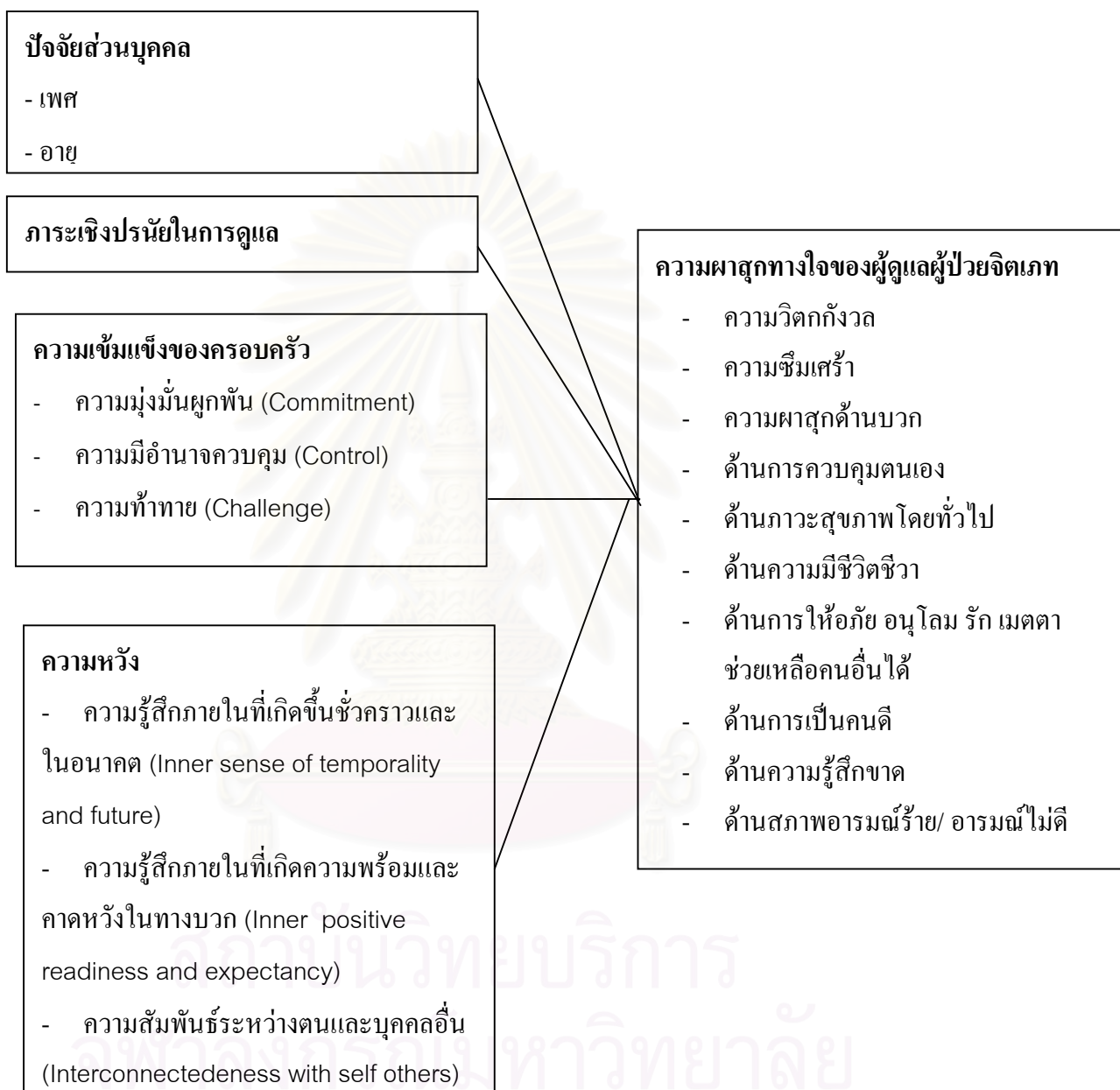
การศึกษาความหวังและความผาสุกทางใจของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่าการสูญเสียทำให้ระดับความหวังของบุคคลลดลงได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็อาจจะมีระดับความหวังลดลงได้เช่นกัน นอกจากนี้ความรู้สึกสูญเสียเหล่านี้อาจส่งผลให้บุคคลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายขาดความกระตือรือร้น และรู้สึกไม่มีความสุข ซึ่งทำให้ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดน้อยลงด้วย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านเพศ อายุ ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีกรอบแนวคิดดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการศึกษา ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงประนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยคำนวณได้จากสูตร Thorndike (1978) สูตร $N \geq 10k + 50$ โดย n แทน จำนวนสมาชิกกลุ่มตัวอย่าง โดย k แทนจำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา เพราะฉะนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $N \geq (10 \times 6) + 50 = 110$ คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1) เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท ให้การดูแลผู้ป่วย 6 เดือนขึ้นไป และมาพร้อมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษา

2) ไม่มีอาการทางจิตประสาทและปัญหาในการรับรู้

- 3) อายุ 20 ปี ขึ้นไป
- 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสาร โดยใช้ภาษาไทยได้
- 5) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยได้รวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจากแฟ้มที่เป็นรหัสของผู้ป่วยจิตเภท

3.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงจะเข้าพบผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบโดยละเอียด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมทั้งเครื่องมือที่ดัดแปลงให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาหลักเกณฑ์ วิธีการสร้างแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ศึกษาทฤษฎี งานวิจัย บทความ ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท สร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด คำจำกัดความของการวิจัย และปรับปรุงมาจากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 92 ข้อคำถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย เพศ โดยเพศ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และอายุ เป็นชนิดเติมคำ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถลงบันทึกได้ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระเชิงปรนัยในการดูแล มีจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งนพรัตน์ ไชยธานี (2544) โดยแปลและดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) เพื่อนำมาใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .93

ประกอบด้วย ภาวะเชิงอัตนัยในการดูแลและภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 24 ข้อ โดยในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะภาวะเชิงปรนัยในการดูแล

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1-6 ซึ่งลักษณะคำตอบจะแตกต่างกัน ได้แก่ 1) จริงมากที่สุด 2) จริงมาก 3) จริงปานกลาง 4) จริงน้อย 5) จริงน้อยที่สุด 6) ไม่จริงเลย ซึ่งเป็นข้อความที่เป็นข้อความเชิงบวก 5 ข้อ และเป็นข้อความเชิงลบอีก 7 ข้อ (ข้อความที่สอดคล้องกับแนวคิดที่วัด) จำนวน 12 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน	
		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
จริงมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านมากที่สุด	6	1
จริงมาก	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านมาก	5	2
จริงปานกลาง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านปานกลาง	4	3
จริงน้อย	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านน้อย	3	4
จริงน้อยที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านน้อยมาก	2	5
ไม่จริงเลย	ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านเลย	1	6

การวัดและการแปลความหมายของภาวะเชิงปรนัยในการดูแล

การคิดคะแนนโดยรวมของภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ทำได้โดยนำคะแนนที่ได้จากการประเมินคะแนนของภาวะเชิงปรนัยในการดูแลทุกข้อมารวมกัน (ข้อคำถามด้านลบต้องกลับค่าคะแนนก่อนทุกข้อ) แล้วหาค่าเฉลี่ยด้วยการหารด้วยจำนวนข้อคำถาม คิดระดับคะแนนของภาวะเชิงปรนัยในการดูแล โดยพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 6 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 6 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด และมีการแปลผลคะแนนระดับของภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลความหมายระดับของภาระเชิงประนัยในการดูแล
5.50 - 6.00	มีภาระเชิงประนัยในการดูแลมาก
4.50 - 5.49	มีภาระเชิงประนัยในการดูแลค่อนข้างมาก
3.50 - 4.49	มีภาระเชิงประนัยในการดูแลปานกลาง
2.50 - 3.49	มีภาระเชิงประนัยในการดูแลน้อย
1.50 - 2.49	มีภาระเชิงประนัยในการดูแลค่อนข้างน้อย
1.00 - 1.49	มีภาระเชิงประนัยในการดูแลน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม ซึ่ง Penpaktr Uthis (1999) ได้แปลมาจากดัชนีชี้วัด Family Hardiness Index ของ McCubbin&Thompson (1986) เพื่อนำมาใช้วัดความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .70 เป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมองค์ประกอบด้าน ความมุ่งมั่นผูกพัน (commitment) ความมีอำนาจควบคุม (control) และความท้าทาย (challenge) เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 16, 18, 20 และเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านลบ 10 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 19 ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ปรับปรุงแบบสอบถามให้ครอบคลุมการประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (Commitment) 2) ด้านความมีอำนาจควบคุม (Control) และ 3) ด้านความรู้สึกรู้สึกท้าทาย (Challenge) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาของความเข้มแข็งของครอบครัว

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1-6 ซึ่งลักษณะคำตอบจะแตกต่างกัน ได้แก่ 1) จริงมากที่สุด 2) จริงมาก 3) จริงปานกลาง 4) จริงน้อย 5) จริงน้อยที่สุด 6) ไม่จริงเลย โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ (ข้อความที่สอดคล้องในทางตรงข้ามกับแนวคิด) จำนวน 10 ข้อ มีการกำหนดให้ ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็น ดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน	
		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
จริงมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านมากที่สุด	6	1
จริงมาก	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านมาก	5	2
จริงปานกลาง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านปานกลาง	4	3
จริงน้อย	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านน้อย	3	4
จริงน้อยที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านน้อยมาก	2	5
ไม่จริงเลย	ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านเลย	1	6

การวัดและการแปลความหมายของความเข้มแข็งของครอบครัว

การคิดคะแนนโดยรวมและรายด้าน ของความเข้มแข็งของครอบครัว ทำได้โดยนำคะแนนที่ได้จากการประเมินคะแนนของความเข้มแข็งของครอบครัวทุกข้อหรือทุกข้อในแต่ละด้านรวมกัน (ข้อคำถามด้านลบต้องกลับค่าคะแนนก่อนทุกข้อ) แล้วหาค่าเฉลี่ยด้วยการหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมดหรือในแต่ละด้าน คิระดับคะแนนของความเข้มแข็งของครอบครัว พิจารณาเกณฑ์มาตรฐาน 6 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 6 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด และมีการแปลผลคะแนนระดับของความเข้มแข็ง ของครอบครัว ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลความหมายระดับของความเข้มแข็งของครอบครัว
5.50 - 6.00	มีความเข้มแข็งของครอบครัวมาก
4.50 - 5.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างมาก
3.50 - 4.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวปานกลาง
2.50 - 3.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อย
1.50 - 2.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างน้อย
1.00 - 1.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความหวัง จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ จันทนา เตชะศุภ (2540) ซึ่งแปลและเรียบเรียงข้อคำถามจากดัชนีบ่งชี้ความหวัง Herth Hope Index ของ Herth (1992) มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83 เป็นข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10 และข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 2 ข้อ ได้แก่ 3, 9 ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

4.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความหวังของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

4.2 ปรับปรุงแบบสอบถามให้ครอบคลุมการประเมินความหวังของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner sense of temporality and future) 2) ความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก (Inner positive readiness and expectancy) 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and others) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาของหวัง

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1-6 ซึ่งลักษณะคำตอบจะแตกต่างกัน ได้แก่ 1) จริงมากที่สุด 2) จริงมาก 3) จริงปานกลาง 4) จริงน้อย 5) จริงน้อยที่สุด 6) ไม่จริงเลย โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือข้อคำถามที่เป็นข้อความทางบวก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามที่เป็นข้อความทางลบ (ข้อความที่สอดคล้องในทางตรงข้ามกับแนวคิด) จำนวน 2 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน	
		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
จริงมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านมากที่สุด	6	1
จริงมาก	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านมาก	5	2
จริงปานกลาง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านปานกลาง	4	3
จริงน้อย	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านน้อย	3	4
จริงน้อยที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านน้อยมาก	2	5
ไม่จริงเลย	ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านเลย	1	6

การวัดและการแปลความหมายของความหวัง

การคิดคะแนนโดยรวมและรายด้านของความหวัง ทำได้โดยนำคะแนนที่ได้จากการประเมินคะแนนของความหวังทุกข้อหรือทุกข้อในแต่ละด้านรวมกัน (ข้อคำถามด้านลบต้องกลับค่าคะแนนก่อนทุกข้อ) แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยการหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมดหรือในแต่ละด้าน คิดระดับคะแนนของความหวัง พิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 6 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 6 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด และมีการแปลผลคะแนนระดับของความหวัง ดังนี้

ค่าเฉลี่ย การแปลความหมายระดับของความเข้มแข็งของครอบครัว

5.50 - 6.00	มีความเข้มแข็งของครอบครัวมาก
4.50 - 5.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างมาก
3.50 - 4.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวปานกลาง
2.50 - 3.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อย
1.50 - 2.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างน้อย
1.00 - 1.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 46 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของ Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1996) ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษา เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดความผาสุกทางใจของ Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1996) จากนั้นนำไปกำหนดคำนิยามเชิงปฏิบัติการ เพื่อใช้เป็นแนวในการสร้างเครื่องมือ โดยนำแนวคิดมาสร้างแนวข้อคำถาม (Inter-view guild) เกี่ยวกับความผาสุกทางใจเป็นคำถามปลายเปิดประเด็นกว้างๆ แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structure) ให้ครอบครัวกลุ่มสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (During the last month) เพื่อประเมินความผาสุกทางใจ จากการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ออกมาจากภายในจิตใจ อันเป็นประสบการณ์ในชีวิตประจำวันที่เป็นปัจจุบัน ให้สอดคล้องกับสภาพสังคมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อหลีกเลี่ยงการวัด

ความพึงพอใจจากกระบวนการนึกคิด (Cognitive process) สำหรับแนวข้อคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียด ภาคผนวก จ (หน้า 110)

2. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทถึงการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจของตนเอง จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว เป็นจำนวนทั้งสิ้น 10 คน โดยเลือกสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยผู้ให้สัมภาษณ์อาศัยอยู่ในชุมชนนวลจิต ชุมชนตลาดพระโขนง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพจิตชุมชน วัดธาตุทอง เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร และจากนั้นนำผลสัมภาษณ์ที่ได้ มาถอดเทปและทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อให้ได้เนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถาม ซึ่งได้เนื้อหาแบ่งเป็นด้านต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

- 2.1 ด้านความวิตกกังวล
- 2.2 ด้านความซึมเศร้า
- 2.3 ด้านความพึงสุกด้านบวก
- 2.4 ด้านการควบคุมตนเอง
- 2.5 ด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไป
- 2.6 ด้านความมีชีวิตชีวา
- 2.7 ด้านการให้อภัย อนุโลม รัก เมตตา ช่วยเหลือคนอื่นได้
- 2.8 ด้านการเป็นคนดี
- 2.9 ด้านความรู้สึกลึกซึ้ง
- 2.10 ด้านสภาพอารมณ์ร้าย/ อารมณ์ไม่ดี

3. ดำเนินการร่างแบบวัดความพึงพอใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล 10 ด้าน โดยการใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จากข้อ 2 นำมาสร้างเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 6 ระดับคะแนน เพื่อประเมินสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งผู้วิจัยนำมาสร้างเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนน	
		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
จริงมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านมากที่สุด	6	1
จริงมาก	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านมาก	5	2
จริงปานกลาง	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านปานกลาง	4	3
จริงน้อย	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านน้อย	3	4
จริงน้อยที่สุด	ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านน้อยมาก	2	5
ไม่จริงเลย	ไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นท่านเลย	1	6

การวัดและการแปลความหมายของความผาสุกทางใจ

การคิดคะแนนโดยรวมของความผาสุกทางใจ ทำได้โดยนำคะแนนที่ได้จากการประเมินคะแนนของความผาสุกทางใจทุกข้อมารวมกัน (ข้อคำถามด้านลบต้องกลับค่าคะแนนก่อนทุกข้อ) แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยการหารด้วยจำนวนข้อคำถาม คิระดับคะแนนของความผาสุกทางใจพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 6 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 6 ช่วงจัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด และมีการแปลผลคะแนนระดับของความผาสุกทางใจดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลความหมายระดับของความเข้มแข็งของครอบครัว
5.50 - 6.00	มีความเข้มแข็งของครอบครัวมาก
4.50 - 5.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างมาก
3.50 - 4.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวปานกลาง
2.50 - 3.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อย
1.50 - 2.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวค่อนข้างน้อย
1.00 - 1.49	มีความเข้มแข็งของครอบครัวน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 5 ส่วน จำนวน 89 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 40 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 49 ข้อ ได้แก่ แบบวัดภาวะเชิงปรนัยในการดูแล แบบวัดความเข้มแข็งของครอบครัว แบบวัดความหวัง แบบวัดความผาสุกทางใจ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบพร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ภาษา และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญทางด้านแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพจบปริญญาโท ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุม ความชัดเจน เหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยคะแนน 1 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม ถ้าคะแนน 4 หมายถึง คำถามในข้อนั้นๆ มีความสอดคล้องกับคำนิยาม จากนั้นนำมาตรวจสอบโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน ร้อยละ 80 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้มีการปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเพิ่มเติมข้อคำถามบางข้อ และตัดข้อคำถามบางข้อออก และบางข้อได้ปรับปรุงภาษาให้มีความชัดเจนขึ้น เหลือจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 92 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกจำนวน 46 ข้อ เป็นข้อความด้านลบจำนวน 46 ข้อ มีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามด้านความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

2. แบบสอบถามความหวัง

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงด้านความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

3. แบบสอบถามความผาสุกทางใจ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 13, 16, 17, 20, 22, 30, 32, 41, 42, 44 ปรับปรุงความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 21, 27, 28, 29, 38 สร้างข้อคำถามเพิ่ม ได้แก่ ข้อ 7, 10, 34, 46, และ ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 37,

ตารางที่ 1 โครงสร้างแบบสอบถามก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

ตรวจสอบ เครื่องมือ	โครงสร้างแบบสอบถาม			
	ก่อนผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ		ปรับแก้ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิ	
	ข้อความ ด้านบวก(ข้อ)	ข้อความ ด้านลบ(ข้อ)	ข้อความ ด้านบวก(ข้อ)	ข้อความ ด้านลบ(ข้อ)
1. ภาระเชิงปรนัยในการดูแล	5	7	5	7
2. ความเข้มแข็งของครอบครัว	10	10	13	7
3. ความหวัง	10	2	10	2
4. ความผาสุกทางใจ	20	23	23	23
รวม	40	49	46	46

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

เมื่อนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในการวิจัยครั้งนี้ทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จ.ขอนแก่น ช่วงระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2546 – 12 ธันวาคม 2546 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (ประคอง วรรณสุด, 2542) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามภาระเชิงปรนัยในการดูแล	.87
2. แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว ได้แก่	
2.1 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัวโดยรวม	.77
2.2 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัวรายด้าน	
ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้คือ	
2.2.1 ด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (Commitment)	.71
2.2.2 ด้านความมีอำนาจควบคุม (Control)	.61
2.2.3 ด้านความท้าทาย (Challenge)	.66
3. แบบสอบถามความหวัง ได้แก่	
3.1 แบบสอบถามความหวังโดยรวม	.88
3.2 แบบสอบถามความหวังรายด้าน ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้คือ	
3.2.1 ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต	
(Inner sense of temporality and future)	.78
3.2.2 ด้านความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก	
(Inner positive readiness and expectancy)	.84
3.2.3 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น	
(Interconnectedness with self others)	.65
4. แบบสอบถามความผาสุกทางใจ	.89

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง ความผาสุกทางใจ ในกลุ่มตัวอย่างจริงที่ใช้ในการทดลองใช้ และการใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ดังนี้ คือ

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง (n=110)
แบบสอบถามภาวะเชิงปรนัยในการดูแล	.87	.88
แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว	.77	.69
แบบสอบถามความหวัง	.88	.80
แบบสอบถามความผาสุกทางใจ	.89	.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวัน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ระหว่างวันที่ 26 กุมภาพันธ์ -12 มีนาคม 2547 ตั้งแต่เวลา 8.30 น. – 16.30 น. จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามวันและเวลาที่ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทราบจำนวนผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบว่าผู้ป่วยจิตเภทท่านใดมาพร้อมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและตรวจสอบตามคุณสมบัติที่กำหนดผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากแนะนำตนเอง ซึ่งแจงด่วนประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัยและรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นแบบบันทึกความยินยอมในการวิจัย

2.1.2 ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรัญยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจ หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

2.2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด คือ 110 คน จึงนำข้อมูลที่มีความถูกต้องสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS /PC+ (Statistical Package for the Social Science Personal Computer plus) และกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ตามลำดับดังนี้

1. ทำการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple Correlation) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐาน โดยผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อตั้งเบื้องต้น เพื่อทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น ในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ดังนี้

1) ทดสอบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่เป็นความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้นหรือไม่ โดยวิธี Scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546)

ผลการทดสอบ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่เป็นความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้น

2) กลุ่มตัวอย่างได้จากประชากรที่มีการแจกแจงโค้งปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยพิจารณาจากกราฟ โดยวิธีการตรวจสอบโดยใช้กราฟต่างๆ ได้แก่ Histogram, Normal Probability Plot, Detrended Normal Plot

สรุป ตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะเชิงปรัญัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจ พบว่าเมื่อพิจารณากราฟ ลักษณะข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงโค้งปกติหรือใกล้เคียงปกติ

2. การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน เพศ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent)

3. การศึกษาด้าน อายุ ภาวะเชิงปรัญัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4. การศึกษาความผาสุกทางใจและองค์ประกอบของความผาสุกทางใจ ได้แก่
 1) ด้านความวิตกกังวล 2) ด้านความซึมเศร้า 3) ด้านความผาสุกด้านบวก 4) ด้านการควบคุมตนเอง 5) ด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไป 6) ด้านความมีชีวิตชีวา 7) ด้านการให้อภัย อนุโลม รัก เมตตา ช่วยเหลือคนอื่นได้ 8) ด้านการเป็นคนดี 9) ด้านความรู้สึกลึกซึ้ง 10) ด้านสภาพอารมณ์ร้าย/

อารมณ์ไม่ดี นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5. การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับความผาสุกทางใจ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การจอร์น (Contingency coefficient) และใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square & test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

6. การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ภาวะเชิงปรัญในการดูแลความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการทดสอบสถิติทดสอบค่าที (t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

เกณฑ์การเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542)

เมื่อ r เข้าใกล้ 1.00 หรือประมาณ ± 0.70 - ± 0.90	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
เมื่อ r เข้าใกล้ 0.50 หรือประมาณ ± 0.30 - ± 0.69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
เมื่อ r เข้าใกล้ 0.00 หรือประมาณ ± 0.29 และต่ำกว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ส่วนเครื่องหมาย + หรือ - แสดงถึงความสัมพันธ์ทางบวก หรือความสัมพันธ์ทางลบเท่านั้น ไม่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรัญัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากกลุ่มตัวอย่าง 110 คน แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ภาวะเชิงปรัญัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ภาวะเชิงปรัญัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ และอายุ ภาวะเชิงปรัญัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอายุของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n = 110)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	S.D
เพศ				
-ชาย	39	35.5		
-หญิง	71	64.5		
อายุ			45.5	11.20

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (คิดเป็นร้อยละ 64.5) และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.5 ปี (S.D. = 11.20)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาระเชิงปรนัยในการดูแล ของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n = 110)

ภาระเชิงปรนัยในการดูแล	\bar{x}	S.D.	ระดับ
	4.10	1.31	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาระเชิงปรนัยในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=4.10$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเข้มแข็งของครอบครัวของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 110)

ความเข้มแข็งของครอบครัว	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ความมุ่งมั่นผูกพัน	4.86	0.74	ค่อนข้างมาก
ความมีอำนาจควบคุม	3.80	0.93	ปานกลาง
ความท้าทาย	4.38	0.76	ปานกลาง
โดยรวม	4.32	0.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความเข้มแข็งของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.32$) และถ้าพิจารณารายด้านพบว่า มีความเข้มแข็งของครอบครัวด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (Commitment) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x}=4.86$) ด้านความมีอำนาจควบคุม (Control) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.80$) และด้านความท้าทาย (Challenge) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.38$)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความหวังของของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 110)

ความหวัง	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต	4.61	0.86	ค่อนข้างมาก
ความพร้อมและคาดหวังในทางบวก	4.86	0.72	ค่อนข้างมาก
ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น	4.91	0.47	ค่อนข้างมาก
โดยรวม	4.85	0.79	ค่อนข้างมาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความหวังโดยรวม อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 4.85$) และถ้าพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีความหวังทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างมาก คือ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านมีความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก อยู่ในระดับค่อนข้างมาก มีความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 4.61$ $\bar{x} = 4.86$ และ $\bar{x} = 4.91$ ตามลำดับ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความผาสุกทางใจของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทั้งรายรวมและรายด้าน
(n = 110)

ความผาสุกทางใจ	\bar{x}	S.D	ระดับ
ด้านความวิตกกังวล	3.42	1.61	น้อย
ด้านความซึมเศร้า	4.11	1.73	ปานกลาง
ด้านความผาสุกด้านบวก	4.37	1.37	ปานกลาง
ด้านการควบคุมตนเอง	4.24	1.34	ปานกลาง
ด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	4.58	1.26	ค่อนข้างมาก
ด้านความมีชีวิตชีวา	3.73	2.47	ปานกลาง
ด้านการให้อภัย อนุโลม รัก เมตตา ช่วยเหลือคนอื่นได้	5.21	0.80	ค่อนข้างมาก
ด้านการเป็นคนดี	5.29	0.82	ค่อนข้างมาก
ด้านความรู้สึกลึกซึ้ง	3.92	1.66	ปานกลาง
ด้านสภาพอารมณ์ร้าย/ อารมณ์ไม่ดี	4.62	2.92	ค่อนข้างมาก
โดยรวม	4.34	1.59	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.34$) และถ้าพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีด้านความวิตกกังวล อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 3.42$) ด้านความซึมเศร้า ด้านความผาสุกด้านบวก ด้านการควบคุมตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวา และด้านความรู้สึกลึกซึ้งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.11, 4.37, 4.24, 3.73$ และ 3.92 ตามลำดับ) ส่วนด้านภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ด้านการให้อภัย อนุโลม รัก เมตตา ช่วยเหลือคนอื่นได้ ด้านการเป็นคนดี และด้านสภาพอารมณ์ร้าย/ อารมณ์ไม่ดีอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 4.58, 5.21, 5.29$ และ 4.62 ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความผาสุกทางใจโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n = 110)

ระดับความผาสุกทางใจ	จำนวน	ร้อยละ	Range	\bar{x}	S.D.
มีความผาสุกทางใจมาก	3	2.72	0.17	5.70	0.85
มีความผาสุกทางใจค่อนข้างมาก	52	47.27	1.20	4.88	0.29
มีความผาสุกทางใจปานกลาง	48	43.63	0.89	3.97	0.25
มีความผาสุกทางใจน้อย	7	6.36	0.76	3.09	0.30
มีความผาสุกทางใจค่อนข้างน้อย	-	-	-	-	-
มีความผาสุกทางใจน้อยที่สุด	-	-	-	-	-
โดยรวม	110	100	3.24	4.42	0.62

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจ เท่ากับ 4.42 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาจำแนกกลุ่มตามระดับของความผาสุกทางใจ พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่มีความผาสุกทางใจค่อนข้างมากมีจำนวนสูงสุดคือ ร้อยละ 47.27 รองลงมา มีความผาสุกทางใจระดับปานกลางคือ ร้อยละ 43.63 และพบว่า ผู้ที่มีความผาสุกทางใจค่อนข้างน้อยมีจำนวนน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 6.36 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความผาสุกทางใจในระดับค่อนข้างน้อย และระดับน้อยที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยใช้สถิติทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-square test) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n=110)

เพศ	ระดับของความผาสุกทางใจ*				C	χ^2	p-value
	น้อย-ปานกลาง		ค่อนข้างมาก-มาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ชาย	21	19.09	18	16.36	.609	64.845	.412
หญิง	36	32.72	35	31.81			
รวม	57	51.81	53	48.17			

*หมายเหตุ ผู้วิจัยรวมระดับความผาสุกทางใจจาก 6 ระดับ ให้เป็น 2 ระดับ คือ ระดับน้อย-ปานกลาง และค่อนข้างมาก-มาก ทั้งนี้เพื่อความถี่ในแต่ละ Cell มีค่ามากกว่า 5

จากตารางที่ 8 พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์เท่ากับ .609) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n = 110)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	.030	.752	-
ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล	-.526	.000	ปานกลาง
ความเข้มแข็งของครอบครัว	.498	.000	ปานกลาง
ความหวัง	.553	.000	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.526$) ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัย 2 ส่วนความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .498$) ซึ่งสอดคล้องตาม สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 และความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .553$) ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรัญัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 110 คน ซึ่งได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. ภาวะเชิงปรัญัยในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3. ความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
4. ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะเชิงปรัญัยในการดูแล ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก เครื่องมือที่ Penpaktr Uthis (1999) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ McCubbin&Thompson (1986) จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความหวัง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือที่
จันทนา เตชะคฤห (2540) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Herth (1992) จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของ Dupuy (1977 cited in Mcdowell and Newell, 1996) ร่วมกับการ
สัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
จำนวน 46 ข้อ

เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามเมื่อใช้กับ
กลุ่มตัวอย่างจริงของงานวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ แบบสอบถามภาระเชิงปรนัยในการดูแล แบบสอบถาม
ความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามความผาสุกทางใจ เท่ากับ
.88,.69,.80และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวัน
ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม มีกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบ สอบ
ถาม จำนวน 110 ฉบับ พบว่าเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ตามสมมติฐานได้ทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้ คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการ
การคำนวณหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์การจรรณี ค่า
สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ส่วน
ใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.5) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.5 ปี (S.D.= 11.20) มีภาระ
เชิงปรนัยในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} =4.10 ,S.D.= 1.31) มีการความ เข้มแข็งของ
ครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 4.32 ,S.D. = 0.58) มีความหวังโดยรวมอยู่ใน
ระดับค่อนข้างมาก (\bar{x} =4.85, S.D.= 0.79)

2. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.34$, S.D. = 1.59) และเมื่อจำแนกกลุ่มตามระดับ พบว่าส่วนใหญ่มีความผาสุกทางใจค่อนข้างมาก (ร้อยละ 47.27) รองลงมาคือ ความผาสุกทางใจระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.63) และมีความผาสุกทางใจระดับน้อย จำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.36)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ และด้านอายุ พบว่า เพศและอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 1

3.2 ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.526$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

3.3 ความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .498$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3

3.4 ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .553$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดังต่อไปนี้

1.1 จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนรวมของความผาสุกทางใจโดยเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($\bar{x}=4.34$, S.D.= 1.59) ส่วนใหญ่มีความผาสุกทางใจ ในระดับค่อนข้างมาก (ร้อยละ 47.27) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากความผาสุกทางใจ เป็นสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งของชีวิต ซึ่งความรู้สึกนั้นมีทั้งทางด้านบวก เช่น ความสุข ความพึงพอใจ ความมีชีวิตชีวา ความเบิกบาน ความสงบสุข ความสามัคคีปรองดอง และทางด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความทุกข์ ความว้าเหว่ ความเบื่อหน่าย ความซึมเศร้า (Dupuy, 1977 cited in Mcdowell and Newell, 1996) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีความรู้สึกด้านบวกมากกว่าด้านลบ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ส่วนใหญ่ที่มารับบริการ ได้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว (6 เดือนขึ้นไป) มีบางส่วนที่ยอมรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลและปรับตัวได้ ทำให้มีอารมณ์คงที่ และเริ่ม มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ไปในทางที่ดีขึ้น เช่น สามารถแบ่งเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น จึงยังคงความผาสุกทางใจไว้ได้ (ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล, 2544 และ พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข, 2545)

1.2 ภาวะเชิงประนีใน การดูแล จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีภาวะเชิงประนีในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.10$, S.D. = 1.31) สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะเชิงประนีในการดูแล ซึ่งเป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมที่ต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลโดยตรง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การมีปฏิสัมพันธ์ กับสังคมและการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษา ของ Gallant et al, (1998) ที่พบว่า ภาวะเชิงประนีในการดูแล เป็นลักษณะความยากลำบาก ของกิจกรรมจากการดูแลที่ได้รับโดยตรง ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพด้านลบในการดูแลตนเอง ซึ่งจากงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ส่วนใหญ่ได้รับรับอิทธิพลจากลักษณะความยากลำบาก ของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ได้แก่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่สูงขึ้นจากการรักษาพยาบาล แต่ในขณะเดียวกันรายรับจะน้อยลงจากการที่ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่ และทำให้มีเวลาปฏิสังขมกับสังคมน้อยลง เพราะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งมีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจที่จะได้รับการยอมรับจากสังคม นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ราชนครินทร์ มีกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีการรับรู้ภาระเชิงประนัยในการดูแลอยู่ในระดับหนึ่ง แต่ในขณะเดียวกัน เนื่องจากครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมชนบทเป็นครอบครัวใหญ่ ซึ่งมีลักษณะเอื้ออาทรและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวให้การช่วยเหลือแบ่งเบาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้บ้าง จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีการรับรู้ภาระเชิงประนัยอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

1.3 ความเข้มแข็งของครอบครัว จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความเข้มแข็งของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 4.32$, S.D. = 0.58) ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ที่มีความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความรักใคร่ห่วงใยกัน ซึ่งเป็นลักษณะของความมุ่งมั่นผูกพัน ดังจะเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านหนึ่งคือด้านความมุ่งมั่นผูกพัน (Commitment) ในระดับค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากความเข้มแข็งของครอบครัวยังประกอบด้วยองค์ประกอบอื่นอีก 2 ด้าน คือด้านความท้าทาย (Challenge) ที่หมายถึงการที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทประเมินว่า ครอบครัวของตนเองสามารถประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงในขณะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ โดยมีความเชื่อมั่นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดมีการพัฒนา ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น และด้านการมีอำนาจควบคุม (Control) ที่หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเชื่อมั่นว่าครอบครัวตนเองมีวินัยที่จะสามารถควบคุมหรือเอาชนะสถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งจากผลการวิจัยเรื่องนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ที่ครอบครัวของตนเองมีองค์ประกอบทั้งสองด้านนี้เพียงในระดับปานกลาง จึงทำให้มีภาพรวมของความเข้มแข็งของครอบครัวเพียงในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก แม้ว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจะยังคงสามารถ มีลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของครอบครัวที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤต หรือสิ่งที่กระทบต่อครอบครัวได้ ทำให้ครอบครัวคงอยู่ในภาวะปกติได้ (McCubbin & Thompson, 1986) แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่อาจมีอาการกำเริบขึ้นมาเมื่อใดก็ได้ ครอบครัวจึงรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมการเจ็บป่วยนี้ได้เท่าที่ควร จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีการรับรู้ความเข้มแข็งในระดับปานกลาง

1.4 ความหวัง จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความหวังอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x} = 4.85$, S.D. = 0.79) สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีสภาวะทางด้านจิตใจ ที่เชื่อมั่นว่าจะได้มาซึ่งสิ่งที่ตนคาดหวังและปรารถนาให้เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีพลังงานภายในที่แสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และการกระทำ นั่นคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีองค์ประกอบของความหวังทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ด้านที่ 1 คือ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวในอนาคต (Inner sense of temporality and future) ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถรวมมิติด้านสติปัญญาและเวลาไว้ได้ด้วยกัน ในทางบวก ทำให้เกิดรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และเป็นการรับรู้ในเชิงบวกรวมทั้งรู้สึกว่าจะต้องการสามารถเป็นจริงได้ในอนาคตข้างหน้า ด้านที่ 2 ความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังทางบวก (Inner positive readiness and expectancy) ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถรวมมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรมเข้าไว้ด้วยกันไปด้วยกันในทางบวก ทำให้เกิดความมั่นใจและคาดหวังในทางบวกที่มีต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จนผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกพร้อมในการที่จะทำตามแผนการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป จนกระทั่งบรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ในระดับที่พอใจ ด้านที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลอื่น (Interconnectedness with self others) ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท สามารถรวมมิติด้านความผูกพันและสถานการณ์แวดล้อมไว้ด้วยกันเข้าไว้ด้วยกันไปด้วยกันในทางบวก ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน เกิดความผูกพันระหว่างตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ป่วยและบุคคลอื่นๆ องค์ประกอบเหล่านี้มีบทบาทในการกระตุ้น และสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความหวังในระดับค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นพลังงานภายในที่ช่วยให้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับค่อนข้างสูง

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยได้อภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังต่อไปนี้

2.1 สมมติฐาน ข้อที่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จากผลการศึกษา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย และเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยและส่วนใหญ่มักจะผูกพันทางสายเลือดกับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ว่าเป็นเพศใดจะทำบทบาทด้วยความเต็มใจ รัก และ ผูกพันกับผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลทั้งเพศชายและหญิงมีความผาสุกทางใจที่ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเหมือนกัน ทำให้สภาพอารมณ์หรือความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิงจึงมีลักษณะคล้ายกัน ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ จึงพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ ได้แก่ การศึกษาของ Bradburn (1969) ที่พบว่า ขณะเมื่อมีการหย่าร้างเกิดขึ้น เพศชายมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง และงานวิจัยของ Berlin and Borden (1990) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงจะมีระดับความซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย นั่นคือ มีความผาสุกทางใจต่ำกว่าเพศชายนั่นเอง รวมทั้งแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า เพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศชายมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในกลุ่มตัวอย่างนี้ เป็นวัยเดียวกัน คือ วัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี มีอายุเฉลี่ย 45.50 ปี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ใกล้เคียงกัน ทำให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ผู้ดูแลทั้งหมดมาจากสังคมชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงทำให้มีการดูแลตนเอง การเข้าถึงสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยวและศรัทธา การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสังคมใกล้เคียงกัน จึงอาจทำให้ผู้ดูแลในช่วยอายุต่างๆมีความผาสุกทางใจไม่แตกต่างกัน

ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hamarat et al. (2001) พบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีความรู้สึกพึงพอใจ และมีความผาสุกทางใจดีกว่าเพราะมีประสบการณ์มากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง และการศึกษาของ Krause et al. (1999) ที่พบว่า ผู้สูงอายุตอนกลางและ ผู้สูงอายุตอนปลายจะมีความศรัทธาในศาสนาที่ตนนับถือมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น จึงมีความผาสุกทางใจมากกว่า และงานวิจัยของ Bradburn (1969) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ ดังนี้คือ บุคคลที่มีอายุน้อยจะมีภาวะรับผิชอบและความวิตกกังวลน้อยกว่าบุคคลที่มีอายุมาก ทำให้มีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกมากกว่าบุคคลที่มีอายุมากและมีความผาสุกทางใจมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก

2.2 สมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.526$) นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ ภาวะเชิงปรนัยในการดูแลสูง มีแนวโน้มจะมีความผาสุกทางใจในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล เป็นความยากลำบากที่ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทได้รับจากกิจกรรมการดูแลที่หนักและให้การดูแลโดยตรง (Gallant et al., 1998) และผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่มากขึ้น ทำให้รบกวนการทำงานวัตรประจำวันของผู้ดูแล มีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอและมีเวลาสำหรับดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตของตนเองลดลง ทำให้มีความผาสุกทางใจน้อยลง (Montgomery et al., 1985) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536) พบว่า ภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องพึ่งพาและผู้ดูแลที่รับรู้ภาระในการดูแลมากจะมีความผาสุกทางใจน้อยและยังสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ Coen et al. (1999) พบว่า ภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์

2.3 สมมติฐาน ข้อที่ 3 ความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .498$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 สามารถอธิบายได้ว่าความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นความเชื่อมั่นและการประเมินของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้านคือ ความมีอำนาจควบคุม (Control) ความมุ่งมั่น (Commitment) และความท้าทาย (Challenge) ซึ่งต้องผสมผสานกันทั้ง 3 องค์ประกอบนี้จะทำให้ครอบครัวผ่านพ้นสถานการณ์วิกฤตได้ (McCubbin&Thompson, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Fink (1995) ที่พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ Penpaktr Uthis (1999) ที่พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ เป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (Coping resources) ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเอ็ดส์

2.4 สมมติฐานข้อที่ 4 ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .553$) ข้อที่ 4 ซึ่งอธิบายได้ว่า ความหวังเป็นภาวะทางด้านจิตใจที่เป็นพลังงานภายในของบุคคล ที่แสดงออกมาเป็นความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่แสดงถึงความเชื่อมั่นว่า บุคคลสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และได้มาในสิ่งที่ตั้งตามตามที่ตนคาดหวังหรือปรารถนาให้เกิดขึ้นในอนาคต (Herth, 1992) ดังนั้นความหวังจึงมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทนา เตชะคฤห (2541) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ที่พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Areewan Oumtanee (2001) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอ็ดส์ ที่อยู่อย่างมีความหวัง (living with hope) จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดสภาพอารมณ์และความรู้สึกด้านบวกซึ่งเป็นด้านหนึ่งของความผาสุกทางใจ และการศึกษาของ Bland et al. (2002) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทที่เต็มไปด้วยความหวัง จะทำให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย จิตเภทในครอบครัวได้ดี ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความผาสุกทางใจ นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษา ของ Post-White et al. (1996) พบว่า ความหวัง มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อบุคคล ซึ่งบุคคลที่จัดการกับเหตุการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้มีความผาสุกทางใจมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สามารถนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากการศึกษาพบว่า แม้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกทางใจ โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ถึงร้อยละ 47.27

แต่ก็พบเช่นกันว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ร้อยละ 6.36) มีความผาสุกทางใจในระดับน้อย ดังนั้นในการให้การพยาบาล พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญในการพยาบาลทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทด้วย เพื่อรักษาให้มีความผาสุกทางใจที่ดี และส่งเสริมให้มีความผาสุกทางใจ ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาโดย มีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท เช่น มีการให้คำปรึกษาและทำจิตบำบัด ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม แนะนำวิธีการจัดการกับความเครียดหรือการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และควรจัดกิจกรรมที่เสริมสร้าง ความผาสุกทางใจ เช่น กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมทางสังคมภายในกลุ่มของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ควรแนะนำให้ครอบครัวยอมรับ เข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสบายใจ ลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ทำให้มีความผาสุกทางใจดีขึ้น

1.2 จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีความหวังมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางใจสูง ดังนั้นสถานบริการ สุขภาพจึงควรจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความหวัง เช่น จิตบำบัดกลุ่ม จิตบำบัดแบบระดับประคอง ให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสพูดถึงตัวเองทางบวก ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความหวังมากขึ้น และพยาบาลควรวางแผนร่วมกับ ครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสริมสร้างความหวังและกำลังใจที่จะดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัวต่อไป

1.3 จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีความเข้มแข็งของครอบครัว และความหวังที่ดีจะมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางใจมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จึงควรจัดกิจกรรมในการ

ส่งเสริมผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความเข้มแข็งของครอบครัวและความหวังที่ดีจะการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวันอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้เป็นอย่างดี เพราะจะส่งผลให้มีความผาสุกทางใจที่ดีด้วย

1.4 จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีภาระเชิงปรนัยในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ต้องได้รับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวอย่างต่อเนื่องและยาวนานผลกระทบเกิดขึ้นโดยตรงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จึงควรจัดกิจกรรมพยาบาลในการส่งเสริมให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระ เชิงปรนัยในการดูแลจากผู้ดูแลหลัก

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หรือเป็นงานวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยจำแนกผู้ที่มีความผาสุกทางใจดีหรือไม่ดี เพื่อให้ได้อรรถความรู้ใหม่ๆ นำมาพัฒนาในการส่งเสริมความผาสุกทางใจกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในอนาคตต่อไป

2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ เพื่อให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นเมื่อทราบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ จึงควรนำมาพัฒนาในการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experiment) เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น ที่จะส่งผลต่อความผาสุกทางใจต่อไป เช่น จัดโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว โปรแกรมส่งเสริมความหวังที่เหมาะสม เป็นต้น

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานประจำปี. นนทบุรี กรมสุขภาพจิต.
เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.
- จันทนา เตชะคฤห. (2540). ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของ
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ. 2543. ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ.
วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3(1): 21-28.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกลึกซึ้งทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษา
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14 (2): 30-39.
- ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ. (2536). ญาติมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร: ในทัศนะของผู้ป่วย. เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชประจำปี ครั้งที่ 10. ณ
หอประชุมโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร
- ชื่นฤดี แก้วบุตร. (2535). ความพร้อมของมารดาในการดูแลบุตรและความผาสุกในครอบครัวของ
เด็กป่วยกลุ่มที่มีอาการชัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดรุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
จิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทีปประพิณ สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2540). หลักการวิจัยทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนูชาติธนานนท์ (ม.ป.ป.). คู่มือประกอบการใช้ ICD 10. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข .

- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2544). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:
ด้านสุขภาพการพิมพ์
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ ; การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและ
แบบสอบถาม. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล. 2544. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนิตนันท์ โชติเกษรวิญญูสุข. 2545. กิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2544). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร และคณะ. (2534). จิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 2.
เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุภานนท์ , จำลอง ดิษยวณิช และคณะ. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่:
เชียงใหม่การพิมพ์แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล , ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และคณะ. (2544). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.
กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์.
- ยาใจ สิริธิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: การวิเคราะห์รายงาน
วิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 17 (1):19-26.
- ยุพาพิน ศิวโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย.
วารสารพยาบาลศาสตร์รามาธิบดี 2 (1): 84-94

- รสนิน เขียมยั้งพานิช. (2539). ภาวะในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตร
ปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ แแบ่งใจ. (2542). การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา เกษมสุข. (2545). ความผาสุกของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีรับการรักษาที่ศูนย์ส่งเสริม
พัฒนาการเด็กภาคเหนือ. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (2535). พจนานุกรมไทย-อังกฤษ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรพิทยา.
- วิมลรัตน์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล วิธีการเผชิญ
ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจในสตรีที่มีบุตรยาก.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย
มหิดล.
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2536). ภาวะในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้อง
พึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรักษา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผน. จำนวนและการตายต่อประชากร 100,000
คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2540-2546 [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://www.
moph.go.th](http://www.moph.go.th) [1 พฤษภาคม 2547]
- สกุลรัตน์ เตียววานิช. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการ
ดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ
เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.

- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตาม
พยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมสาร.
- เชื้ออารีย์ สารีกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Areewan Oumtane. (2001). Exploring family adaptation in caregiving for a person with
HIV/AIDS. Doctor dissertation, CASE. Virginia Commonwealth University.
Richmond, Virginia, United State.
- Berlin, S.& Borden, W. 1990. Gender, coping, and psychological well-being in spouses of
older adult with dementia. American Journal of Orthopsychitric, 60 (4): 603-610.
- Bethesda, D. (1999). Schizchizophrenia [Online]. Available from:
www.nimh.nih.gov/publicchizoph.cfm National Instute of Mental Health
[2002, June 20]
- Best, John W. (1970). Research in Education. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bradburn, M.N. (1965). The Structure of Psychological Well-being. //cloud 9.
norc.uchicago.edu/dlib/spwb/
- Bradburn, M. N. (1969). The Structure of Psychological Well-being. Chicago: Aldine.
- Bland R. and Vonne Y. Darlington. (2002). The Nature and Source of Hope : Perspectives
of Family Cargivers of PeopleWith Serious Mental Illness.Perspective in Psychiatric
Care.38(2).
- Brown, P (1989). The concept of hope : Implications for care of the critcally ill. Critical Care
Nurse, 9(5): 97-105.
- Bull, M. J. (1990). Factor influenceing family caregiving burden and health. Western
Journal Nursing, 6 (2): 758-776.

- Burgener, S.C., & Chiverton, P. (1992). Conceptualizing psychological well-being in cognitively impaired older persons. Image : Journal of Nursing Scholarship 24 (3): 209-213.
- Chew, Lloyd Kenneth. (2001). The relationship among hardiness, values, subjective well-being and Anxiety. Available from: [http:// www. Academic search elite/ Epsyche-Document Details/ carchula. ac. th](http://www.Academic search elite/ Epsyche-Document Details/ carchula. ac. th) [20 June 2002]
- Cone et al. (1999). Measuring the impact on relatives of caring for people with alzheimer's disease: quality of life, burden and well-being. Psychology & Health. 14(2): 253-61.
- Cummins, R. A. (1996). The domain of life satisfaction :An attempt to older chaos. Social Indicator Research, 38 (5): 303-328.
- Devis, L.L. (1992). Building a science of caring for caregiver. Family & Community Health, 15(2): 758-776.
- Dirksen, S.R. (1989). Perceived well-being in malignant melanoma survivors. Oncology Nursing Forum, 16 (3): 353-358.
- Duffault, K., & Martocchio, B.C. (1985). Hope: Its spheres and dimentions. Nursing Clinics of North America, 20(6): 379-391.
- Fink S.V. (1995). The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiving families. Nursing Research 44 (3): 139-46.
- Fisher, A. G. (1992). Functional measure part 1: What is function, what should we ensure, and how should we measure it? The American Journal of Occupation Therapy 46 (5):183-185.
- Friedman, M. M., & king, K. B. (1994). The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older women with heart failure. Research in Nursing and Health 17 (3): 433-440.
- Fox, C.and Kane, F. (1996). Psychiatric-Mental Health Nursing: Integrating the behavioral and biological sciences. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Gallant et al. (1998). The stress process among dementia spouse caregiver: are caregivers at risk for negative health behavior change?. Research on Aging; 20 (3): 267-297.

- Greenberg et al. (1993). The effects of subjective burden on maternal health. Family Relations 42 (2): 205-211.
- Gualtiere, B. (1999). Understanding and help for schizophrenia [Online]. Available from: www.christiansoulansoulcare.com/helpforschizophrenia.htm. Christian Soul Care. Com [2001, November 28]
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabucky, K. M., Steele, D, and Matheneny, K. B. (2001). Perceived stress and coping Resource Availability as Predictors of Life Satisfaction in Young Middle-Aged and older Adults. Experimental Aging Research. 27 (4) : 181-196
- Herth, K. (1992). An abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. Journal of American Nursing 17(7): 1251-1259.
- Herth, K. (1993). Hope in the family caregiver of terminally ill people. Journal of Advanced Nursing. 18(5): 1251-1259.
- Hillier, S., & Barrow, G.M. (1999). Theories in social gerontology. Aging, the individual, and society. (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Horowitz, A. V., Reinhard , S. D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with server mental illness. Journal of Health and Social Behavior 36 (6): 138-150.
- Irvin, B. L. (1997). Sress Hope and Well-Being Women Caring for Family Members with Alzheimer' s Disease. Holistic Nurse Practice 11 (2): 69-79.
- Krause, N. Dayton,B.I. ,Ellison,C.G. , & Wuff, K. M. (1999). Aging, religious doubt, and psychological well-being. The Gerontologist 39(5): 525-533.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinant of well-being in older people. The Gerontologist 23 (4): 349-357
- McDowell, I. & Newell, C. (1996). Psychological well-being. Measuring health : A guide to rating scales and questionnaires. (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- McKeehan, K. M., Cowling, W. R., & Wykle, M.L. (1986) Cantril self-anchoring ladders :Methodological conciderations for nursing science. In Chinn, P. L. (Ed.), Nursing research methodology. Maryland: An Aspen Publication.

- Miller, J.F. (1992). Coping with chronic illness overcoming powerlessness. Powerlessness. Philadelphia : F.A. Davis.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J G., and Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family relations. 34 (4): 90-26.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E., & B, E.F. (1985). Measurement and analysis of burden. Research on Aging. 7(3):137-152
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demand and appraisal of stress among family caregiving. Care Nursing 12 (2): 209-215.
- Orem, D.E. (2001). Nursing : Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Patrick Julie Hicks and Hayden, Jason M.(1999). Neuroticism, Coping Strategies and Well-Being Among Caregivers. www. // E-PSYCHE-Document Details.
- Penpaktr Uthis. (1999). The effect of commitment to caregiving role, stressors appraisal of stress, coping resources, and coping responses on emotional well-being among HIV/AIDS family caregivers in Thailand. Doctor dissertation, CASE Western Reserve University. Cleveland, Ohio, United State
- Platt, S. (1985). The Impact of chronic illness upon the family of chronic illness. In McCarthy & P. Millard (Eds.). Mental Health Nursing The Nurse Patient Journal. 28 (3):57-65.
- Post-White, J., Ceronky, C., Kreitzer, M.J., Nickelson, K. , Drew, D., Macken, K.W. , Koopmeiners, L., & Gutknecht, S. (1996). Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. Oncology Nursing Forum. 23(6): 157-1579.
- Rui, G. (1999). Effect of information support on psychological well-being of postmastectomy patient. Unpublished master's thesis, Chang Mai University, Chang Mai.
- Thorndrike, R. M. (1978). Correlational procedures for research. New York: Garder Press.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

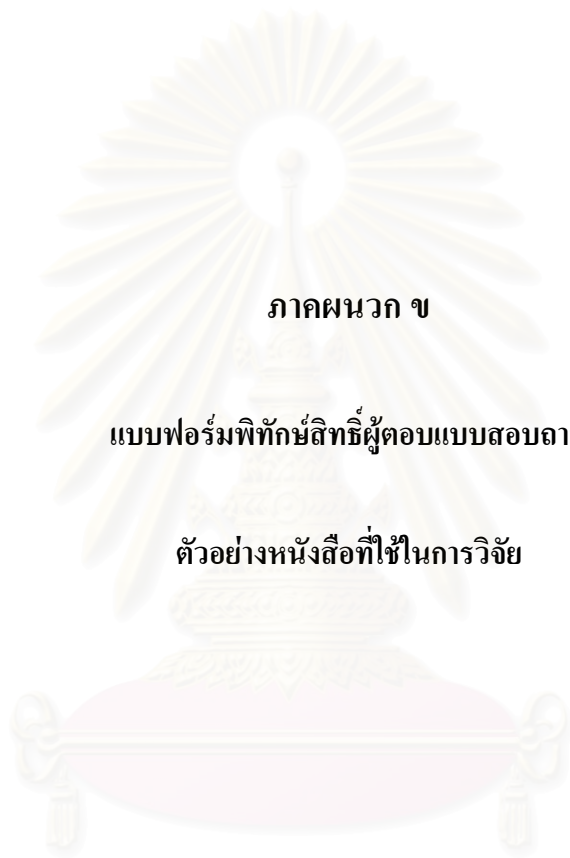
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สัทธิมงคล	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางนพรัตน์ ไชยธานี	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ. สุราษฎร์ธานี
5. นางเอื้ออารีย์ สาริกา	พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพฯ
6. นางสุวดี ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชชนินทร์ จ. ขอนแก่น
7. อ. จันทรรัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์	อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลราชชนนีเกื้อการุณย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม

ตัวอย่างหนังสือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ดิฉันนางสาวพัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความ ผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว สังคมเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถาม ทั้ง 5 ส่วน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ และระหว่างการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ ท่านสามารถยกเลิกการตอบได้ โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ

ข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และจะเสนอผลการศึกษาเป็นแบบ ภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น ในระหว่างการสัมภาษณ์หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามดิฉันได้ตลอดเวลา และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงในการร่วมมือครั้งนี้

พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์

สำหรับผู้ร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ / /

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ จัดทำเพื่อศึกษาความผาสุกทางใจในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ดังนี้

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีทั้งหมด 92 ข้อ แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเข้มแข็งในครอบครัว(20)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาระเชิงปรนัยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (12)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (46)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความหวัง (12)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยให้ท่านเติมคำตอบ หรือทำเครื่องหมาย (□) ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ () หญิง () ชาย

2. อายุ ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะเชิงปรนัยในการดูแล

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความผาสุกทางใจ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความหวัง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบ ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของท่านที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันอันเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในช่วง 1 เดือน ก่อนพามาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ กรุณาอ่านข้อความทุกข้อในด้านซ้ายมืออย่างละเอียด แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับข้อความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว

จริงมากที่สุด	หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิด ท่านมากที่สุด
จริงมาก	หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิด ท่านมาก
จริงปานกลาง	หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิด ท่านปานกลาง
จริงน้อย	หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิด ท่านน้อย
จริงน้อยที่สุด	หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิด ท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย
ไม่จริงเลย	หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและ ความคิดท่านเลย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
1. ปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดที่ท่านและสมาชิกในครอบครัวทำขึ้น						
2. ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว เป็นสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ ดังนั้น ท่านและสมาชิกในครอบครัว จึงไม่จำเป็นต้องวางแผนล่วงหน้าหรือตั้งความหวังกับสิ่งใดๆ						
.						
.						
.						
.						
.						
9. ท่านและสมาชิกในครอบครัว เชื่อว่าปัญหาต่างๆ จะคล่องไปในทางที่ดีขึ้น ถ้าคนในครอบครัวร่วมกันแก้ปัญหา						
.						
.						
13. ท่านและสมาชิกในครอบครัว รับฟังปัญหาต่างๆ ของกันและกัน						
.						
.						
20. ท่านและสมาชิกในครอบครัวตระหนักว่าชีวิตของครอบครัวท่านถูกควบคุมโดยเวรกรรมและโชคชะตา						

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาระเชิงปรนัยในการดูแล

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ครอบคลุมเวลาทำกิจวัตรประจำวันของท่าน						
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวช						
.						
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบ จะทำร้ายร่างกายท่าน หรือสมาชิกอื่นในครอบครัว						
5. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชทำให้ท่านมีเวลานอนหลับหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ						
.						
.						
.						
9. การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นเหตุให้ท่านเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว						
.						
.						
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ท่าน มีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด เครียด ฯลฯ						

ส่วนที่ 4 แบบวัดความผาสุกทางใจ

ข้อความ	จริง มากที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
1. ท่านรู้สึกกังวลใจ หรือคิดมากเรื่องนั้นเรื่องนี้						
2. ท่านมีความเป็นห่วง กังวล หรือกลัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งควบคุมหรือคาดการณ์ไม่ได้						
.						
.						
5. ท่านรู้สึกจิตใจไม่สงบ และไม่มีสมาธิที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช						
.						
.						
8. ท่านรู้สึกซึมเศร้า อยากอยู่คนเดียว ไม่อยากพูดคุยกับใคร						
.						
.						
14. ท่านรู้สึกมีความสุข มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต แม้ว่าจะมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว						
.						
.						
17. ท่านมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้						
.						
21. ท่านไม่สามารถควบคุมการแสดงออกที่ก้าวร้าวของท่านที่อาจมีต่อผู้ป่วยจิตเวชได้						
.						
23. ท่านมีสติในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้อย่างใจเย็นและรอบคอบ						

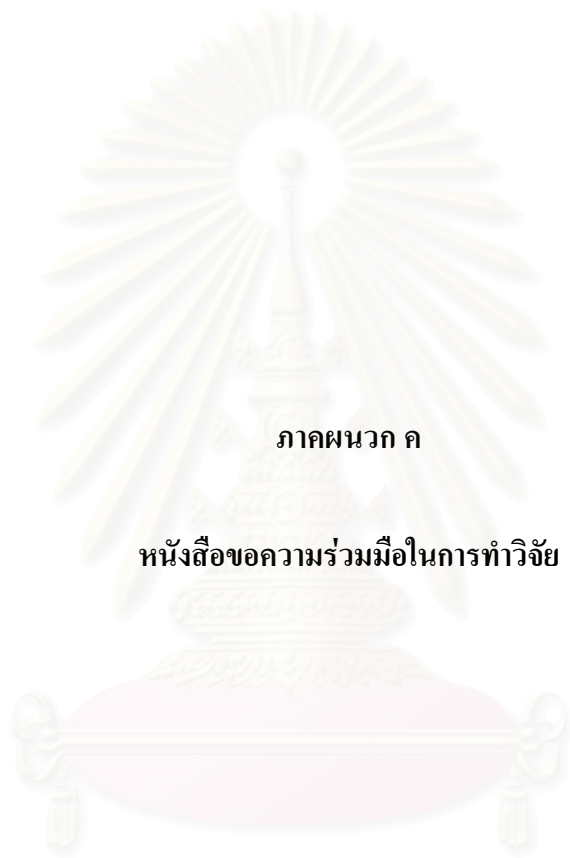
ข้อความ	จริง มากที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
30. ท่านดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยความรัก ความเมตตา						
31. ท่านมีการให้อภัย หรืออนุโลม ไม่ถือโทษต่อพฤติกรรม กรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเวช						
.						
.						
34. ท่านรู้สึกว่าคุณระมัดระวังตัวเอง ไม่ทำให้ใครเดือด ร้อน และไม่เอาเปรียบใคร						
.						
37. ท่านรู้สึกว่าคุณมีครอบครัวและญาติพี่น้องที่ดี						
.						
40. ท่านรู้สึกขาดการสนับสนุนที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จิตเวชที่บ้าน เช่น.....						
.						
.						
45. ปัจจุบันท่านมีอารมณ์อ่อนไหว หรืออารมณ์แปร ง่าย						
46. ท่านดูแล คำหยาบ ด่าทอ หรือพูดให้ผู้ป่วยจิตเวชเสียใจอย่าง ไม่มีเหตุผล						

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบวัดความหวัง

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด	ไม่ จริง เลย
1. ท่านเห็นว่าชีวิตในอนาคตข้างหน้าของท่านจะดำเนินไปใน ทางที่ดีเสมอ						
.						
.						
.						
5. สิ่งที่ท่านเชื่อถือและศรัทธา เช่น การนับถือและการปฏิบัติ ตามหลักศาสนา จะช่วยทำให้ท่านรู้สึกสบายใจขึ้น						
.						
.						
.						
.						
.						
11. ทุกวันนี้ ท่านมีพลังความสามารถในการต่อสู้ชีวิต และการดูแลผู้ป่วยจิตเวช						
12. ท่านคิดว่าชีวิตของท่าน มีคุณค่าและมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย จิตเวชซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว						

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวพัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็น วิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจ ทางของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์” โดยมี อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้ เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความหวัง ของ จันทนา เตชะกฤห จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (2540) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานจัดการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 01-555-5879

ชื่อนิสิต นางสาวพัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ โทร. 06-597-5322

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวพัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจ ทางของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์” โดยมี อาจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้
ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล

งานจัดการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ โทร. 01-555-5879

ชื่อนิสิต นางสาวพัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ โทร. 06-597-5322

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

ตุลาคม 2546

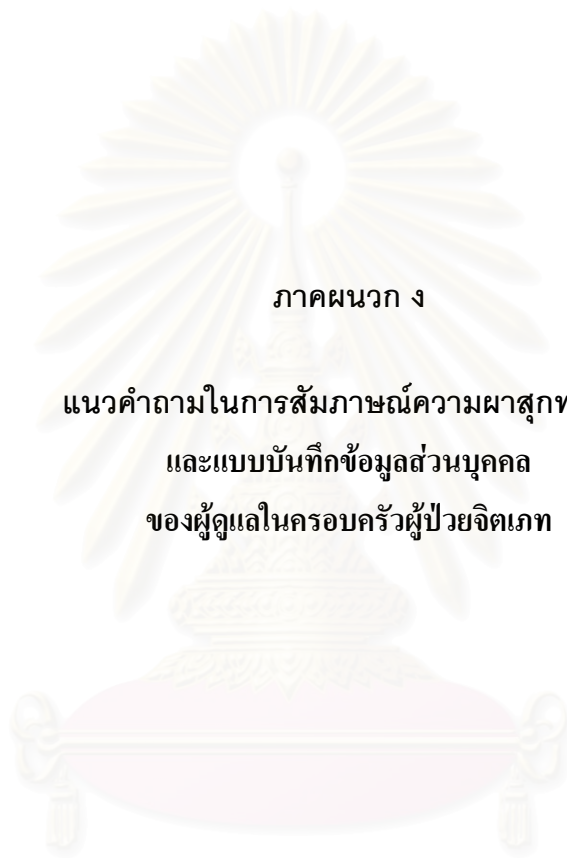
เรื่อง ขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
เนื่องด้วย นางสาวพัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจ ทางของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์” โดยมี อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณา โครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมของการวิจัยตามมติของคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ภาระเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง และความผาสุกทางใจ จากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันเวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้
ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล, หัวหน้าดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก
<u>งานจัดการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 01-555-5879
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางสาวพัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ โทร. 06-597-5322



ภาคผนวก ง

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ความพึงพอใจ
และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความผาสุกทางใจ
ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท**

1. แนวคำถามเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของความผาสุกทางใจ

1.1 คุณรู้จักคำว่าความผาสุกทางใจมาก่อนหรือไม่? / อย่างไร? มีความคิด หรือมีความเข้าใจว่าอย่างไร? (คำถามสำรอง)

- คุณคิดว่า... คนที่มีความผาสุกทางใจจะต้องมีสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกเป็นอย่างไร

- ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท สภาพอารมณ์หรือความรู้สึกทั้งด้านที่ดี (ทางบวก) และด้านที่ไม่ดี (ทางลบ) ของท่าน เป็นอย่างไร?

1.2 คุณคิดว่าการมีความผาสุกทางใจ มีความจำเป็น หรือมีความสำคัญต่อชีวิตของคนเราหรือไม่? / อย่างไร?

1.3 คุณคิดว่าการมีความผาสุกทางใจ มีความจำเป็น หรือมีความสำคัญต่อชีวิตของคุณหรือไม่? / อย่างไร?

1.4 คุณคิดว่าการมีความผาสุกทางใจ มีความมีความจำเป็น หรือมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่หรือไม่? / อย่างไร?

1.5 ในฐานะที่คุณเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ถ้าคุณไม่มีความผาสุกทางใจ ชีวิตจะเป็น อย่างไร?

2. แนวคำถามเกี่ยวกับสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางใจในปัจจุบันในฐานะที่คุณเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....

2.1 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยทั่วไปสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกของคุณ เป็นอย่างไร?

2.2 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต หรือมีเรื่องน่าประทับใจหรือไม่? อย่างไร?

2.3 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีความรู้สึก เสียใจ ท้อใจ หมดก้ำดั่งใจ ทุกข์ใจ ว่าวุ่นใจ ไม่อยากพูดคุย ไม่อยากคิด ไม่อยากจดจำ หรือไม่ อย่างไร?

2.4 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีความกังวลใจ ทุกข์ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสภาพความเสื่อมของร่างกาย หรือ กลัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองหรือไม่? อย่างไร?

3.แนวคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางใจ

ในฐานะที่คุณเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.....

3.1 อะไร? / ใครบ้าง? ที่จะช่วยให้คุณมีความผาสุกทางใจ?

3.2 คุณได้ทำอะไรบ้าง ที่คิดว่าจะทำให้คุณมีความผาสุกทางใจ?

3.3 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์อะไรบ้าง? ที่เกิดขึ้นในชีวิตของคุณ

3.4 ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีอะไร? / ใครบ้าง? ที่ทำให้คุณมีความผาสุกทางใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (ทางบวก) และในทางที่ไม่ดี (ทางลบ)

4.แนวคำถามเกี่ยวกับวิธีการในการคงไว้ซึ่งความผาสุกทางใจ

4.1 อะไร? / ใครบ้าง? ที่ทำให้คุณยังมีความผาสุกทางใจ / รักษาความผาสุกทางใจของคุณไว้ได้ ถึงแม้ว่าจะต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.2 ในฐานะที่คุณเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คุณทำอย่างไร? / มีวิธีการอย่างไร? จึงสามารถรักษาความผาสุกทางใจของคุณไว้ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

เพศ.....อายุ.....

ระดับการศึกษา.....สถานภาพสมรส.....

ศาสนา.....สถานภาพในครอบครัว.....

การทำหน้าที่ในครอบครัว.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ประวัติสุขภาพ ความเจ็บป่วย ประวัติการรักษา.....

.....

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว.....

.....

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในครอบครัว.....

.....

การปฏิบัติการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหา.....

.....

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเภท

เพศ.....อายุ.....

การวินิจฉัยโรค.....

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วย.....

การรักษา.....

อาการปัจจุบัน.....

ข้อมูลทางกายภาพ

สภาพที่อยู่อาศัย.....

สิ่งแวดล้อม.....

เพื่อนบ้าน.....

การคมนาคม.....

แผนที่โดยสังเขป

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ เกิดวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2515 ที่จังหวัดสกลนคร สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จ. สระบุรี ปีการศึกษา 2537 และเข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2544

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาลวชิรวิภาส อ.วชิรวิภาส จ. สกลนคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย