

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2559  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO BURNOUT IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH  
SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

Miss Kanya Sritawan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล
	ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	นางสาวกัญญา ศรีตะวัน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

กัญญา ศรีตะวัน : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (SELECTED FACTORS RELATED TO BURNOUT IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน, 156 หน้า.

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 440 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินระดับความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .92, .95, .87, .89, .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-Square test และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ ดังนี้

1. ระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง
2. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความเครียด อาการทางลบ อาการทางบวก และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $r=0.260, 0.265, 0.268, 0.285$  ตามลำดับ)
4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $r=-0.346$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5777306936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: BURNOUT / CAREGIVERS / SCHIZOPHRENIA / COMMUNITY

KANYA SRITAWAN: SELECTED FACTORS RELATED TO BURNOUT IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY. ADVISOR: ASST. PROF. RACHANEKORN UPASEN, Ph.D., 156 pp.

The purposes of this descriptive research were to investigate 1) the level of burnout among the caregivers of the schizophrenia patients in the community in three subscales of emotional exhaustion, depersonalization aspect and perceived personal accomplishment. 2) the relationships between caregivers' factors including sex, age, marital status, education level, duration of caring patient, stress, depression, and social support and schizophrenic patients' factor including negative symptoms and positive symptoms with Burnout in caregivers of the persons with schizophrenia in community. The clustering sampling technique was applied to obtain a number of 440 subjects who were the caregivers of schizophrenic patients and schizophrenic patients, and met inclusion the criteria. These subject were receiving services at the Psychiatric Clinic in the Hospital Health Services District 5. The research instruments were demographic questionnaires, Stress test, Beck Depression Inventory, Social support scale, Maslach Burnout Inventory, and Positive and Negative Syndrome scale. All instruments were tested for content validity by 5 Experts. The Crobach' s Alpha Coefficient reliability of this instruments were .93, .92, .95, .87, .89, and .82 respectively. Data was analyzed using frequency, percentile, mean, standard deviation, Chi-square test ( $\chi^2$ ), and Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient ( $r$ ).

Major findings were as follows:

1. The level of Burnout in caregivers of the persons with schizophrenia in emotional exhaustion and depersonalization subscale was in low level , whereas the perceived personal accomplishment subscale was in high level.

2. Education level correlated to Burnout in caregivers of the persons with schizophrenia in community at level of .05.

3. Stress, Positive and Negative Syndrome, and age were positive significantly related to Burnout in caregivers of the persons with schizophrenia in community ( $r=0.260, 0.265, 0.268, \text{ and } 0.285$ , respectively).

4. Social support were negative significantly related to Burnout in caregivers of the persons with schizophrenia in community ( $r=-0.346$ ).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2016

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ และได้รับความกรุณาจาก คณาจารย์อีกหลายท่านที่ให้ประสบการณ์ความรู้ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาและอุปสรรค ต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์จนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยในครั้งนี้ ด้วยความเอาใจใส่และ ให้กำลังใจตลอดมา ขอกราบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สินเดชาภิรักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติในการใช้วิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนา ตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสาคร หัวหน้า คลินิกจิตเวช พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วย จิตเภททุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิอีกทั้ง 5 ท่าน คือ นายแพทย์พงศกร เล็งดี นางเพชร คันธสายบัว นาง อำพัน หิรัญอุทก คุณศันสนีย์ พูลผล และอาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ที่เป็นทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและ เป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา รวมทั้ง คุณธัชธรรม์ บุญเพ็ง ที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนและให้ กำลังใจ แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น ไม่ท้อแท้ มีพลังในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ ห้องผ่าตัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้วิจัย เสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่มีในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแต่คุณพ่อคุณแม่ ครู อาจารย์ และผู้มี พระคุณทุกท่าน

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	23
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย.....	29
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	59
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	74
สรุปผลการวิจัย .....	78
อภิปรายผลการวิจัย .....	80
ข้อเสนอแนะ .....	85
รายการอ้างอิง.....	86
ภาคผนวก .....	95
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	96
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	98
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	103
ภาคผนวก ง การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .....	119
ภาคผนวก จ เอกสารขอตกลงใช้เครื่องมือ และเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	121
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารแสดง ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย .....	125
ภาคผนวก ช เอกสารรับรองจริยธรรม .....	136
ภาคผนวก ซ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย .....	141
ภาคผนวก ฅ สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม .....	144
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	156



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล.....	48
ตารางที่ 2 การแปลผลระดับความเหนื่อยหน่าย .....	55
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=220) .....	63
ตารางที่ 4 ผลคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน (n=220).....	65
ตารางที่ 5 ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220) .....	66
ตารางที่ 6 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220) .....	67
ตารางที่ 7 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220).....	67
ตารางที่ 8 อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220).....	68
ตารางที่ 9 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220) .....	68
ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับความเหนื่อยหน่าย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ ใช้สถิติ likelihood Ratio (n=220) .....	69
ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่าง ปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางบวก และอาการทางลบกับความเหนื่อย หน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220) .....	72

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังและรุนแรง และเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ซึ่งผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550) ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่ามี ผู้ป่วยจิตเภทถึง 7 ใน 1,000 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ อุบัติการณ์ของโรคประมาณสามต่อหมื่นคน โดยที่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกยังไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม (World Health Organization, 2013) จากสถิติในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภททั่วประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2557 จำนวน 1,076,155 ,1,109,183 และ1,082,407 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มจะสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2557)

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้กำหนดนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด (Deinstitutionalization) โดยเน้นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงในโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่ออาการเริ่มทุเลาลงร้อยละ 80 จะถูกจำหน่ายกลับสู่ชุมชน (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552) แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ยังคงมีอาการผิดปกติในหลายด้านที่ยังคงหลงเหลืออยู่ มีการบกพร่องในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ เช่น ด้านการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ด้านหน้าที่การงาน ด้านความสัมพันธ์กับสังคม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544 ; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544 ; Kane and Marder, 1993 ; พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552) ครอบครัวจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแล ฟื้นฟู และรับผิดชอบทำหน้าที่แทนผู้ป่วยจากบทบาทหน้าที่เดิม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว บางครอบครัวเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว บางครอบครัวต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ขณะที่ผู้ดูแลก็มีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบมากมาย และเมื่อปัจจัยเหล่านี้ยังคงอยู่และไม่ได้มีการแก้ไข ผู้ดูแลจะเกิดความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิมอยู่ซ้ำๆ และเป็นระยะเวลาอันยาวนาน บางสถานการณ์เป็นปัญหาที่แก้ลำบาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสิ้นหวัง ไม่สามารถรวบรวมพลังให้กลับมาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ (Melinda et al., 2007)

ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย (Maslach, 1986) ซึ่งอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความเหนื่อยหน่าย ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการอ่อนล้าทาง

อารมณ์ เช่น ความรู้สึกอ่อนล้า สิ้นหวัง การหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ด้านการมองข้ามคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น เช่น ความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย มองผู้ป่วยเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นบุคคลซึ่งมีความรู้สึก ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล เช่น การประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายจะส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เมื่อยล้าตามร่างกายรับประทานอาหารได้น้อย (Muldary, 1983) ด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า สิ้นหวัง หลีกหนีจากสังคม ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ไร้ความสามารถในการแก้ปัญหา (Tel et al., 2013) ด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เสีย หงุดหงิดง่าย ต่ำหนิผู้ป่วย ขาดความเห็นอกเห็นใจ ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย (Rosenfarb et al., 2006) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ แยกตัวจากสังคม ไม่ขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น (Yilmaz et al., 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าพบว่าคุณภาพเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.22 ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.55 และด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 5 (Ahmet et al., 2015) และจากการศึกษาของ Angermeyer et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูง ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล ร้อยละ 27.8 ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.3 และด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.3

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการศึกษาของ มยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิเคราะห์พบว่าบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะความเหนื่อยหน่ายเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี จากการสำรวจข้อมูลพบว่าประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม เกษตรกร ค้าขาย และทำประมง (แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 5, 2558) ซึ่งประชากรดังกล่าวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวรวมถึงต้องรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆ ในการดูแลช่วยเหลือและทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจึงต้องเสียสละเวลา และในบางครั้งหากต้อง

พาผู้ป่วยไปรับการตรวจ ทำให้ผู้ดูแลต้องเสียสละเวลา และนอกจากนี้ยังต้องสูญเสียรายได้ ส่งผลกระทบให้ครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และในที่สุดทำให้ผู้ดูแลขาดการละเลยในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาในด้านต่างๆ ทั้งปัญหาหน้าที่การงาน ปัญหาเศรษฐกิจ และพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้จากผู้ป่วย ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย ร่างกายอ่อนล้า (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทในเขตบริการสุขภาพที่ 5 พ.ศ.2557-2559 จำนวน 6,101, 16,283 และ 14,556 จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงการรับบริการปี พ.ศ.2557-2559 จำนวน 266,598 ,326,751 และ 340,532 ราย ซึ่งเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำนวนมากที่ต้องการ การช่วยเหลือจากทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่นี้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tel et al., (2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ลักษณะสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว ดังนั้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอาจเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ จากการทำงานได้เหมือนกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศหญิงจะมีแนวโน้มเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่น และมีการพบปะผู้คนมากกว่าเพศชาย (Maslach, 1986) ปัจจัยด้านอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นตัวสะท้อนประสบการณ์ในการทำงาน บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มาก รู้จักใช้ มีวุฒิภาวะสูง สุขุมรอบคอบ และสามารถปรับตัวสอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น โอกาสที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายจึงน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Maslach, 1986)

ด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่สมรสแล้ว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมาก คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการแก้ปัญหาต่างๆ ร่วมกันและยังมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกันและกัน (Maslach & Jackson, 1981) ผู้ที่มีครอบครัวแล้วจะไม่ท้อแท้และยึดติดกับงานเพียงอย่างเดียว แต่จะมองความสำเร็จในครอบครัวด้วย ซึ่งเสี่ยงกับความผิดหวังและล้มเหลว น้อยกว่าคนโสด (Maslach, 1986) ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Ahmet et al. (2015) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานะ หม้าย หย่าร้าง จะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่มีสถานะสมรสอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) และยิ่งพบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานมาก และมักจะตั้งความหวังไว้สูง จึงเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากกว่า (Maslach, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชของ Tel et.al. (2013) พบว่าระดับการศึกษามีสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ บุคคลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานระยะสั้น ทั้งนี้เกิดจากวิฤตติและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้มีการปรับตัวและมีการมองการณ์ไกล สุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น (Maslach, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและพยาบาลจิตเวชของ Angermeyer et al. (2006) ที่พบว่าระยะเวลามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) และยิ่งพบว่าความเครียดส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ (Cherniss, 1980) หากผู้ดูแลที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และเป็นระดับที่ไม่สามารถปรับตัวให้ความเครียดลดลงในระยะเวลาอันสั้นซึ่งถือว่าอยู่ในภาวะอันตราย ไม่ได้รับการบรรเทาความเครียดก็จะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยโดยตรงที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดที่เรื้อรังยาวนานจะก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกายและเกิดความไม่สมดุลทางจิต ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย (Muldary, 1983) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล มยรีกลีบังษ์ (2552) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวความเครียดเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย เมื่อผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ เนื่องจาก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงอาการแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและร่างกาย โดยมีอาการเศร้า ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ มีความคิดทางลบต่อตนเอง ดำเนินตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หมดหวัง Beck (1987) จากอาการแสดงดังกล่าวอาจเป็นการสะท้อนถึงความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชของ Tel et.al.

(2013) พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) และการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่า และช่วยให้บุคคลสามารถได้รับความช่วยเหลือ ได้ข่าวสารใหม่ๆ ทักชะความชำนาญ การเรียนรู้ การประคับประคองทางอารมณ์ บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี (Maslach, 1986) เพราะฉะนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Ahmet et al. (2015) พบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลก็จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = - 0.449, p < .01$ )

ด้านปัจจัยผู้ป่วยจิตเภทที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก จากการศึกษาอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า เฉยเมย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม แยกตัวจากสังคม พุดน้อยของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและผู้ดูแลลดลง (Van et al, 2009) นอกจากนี้ยังเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Ahmet et al. (2015) ที่พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงอย่างมีนัยสำคัญ ( $r=0.282, p < .05$ ) ด้านอาการทางบวก พบว่าอาการหลงผิด รู้สึกหวาดระแวงคิดว่ามีคนปองร้ายตนเอง คิดว่าตนเองมีเทพวิญญูณอยู่ในร่างกาย รู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น เป็นอาการที่อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น (มยุรี กลั้ววงศ์, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดันติมา ด้วงโยธา (2553) ที่ศึกษาการศึกษาและพัฒนาความยืดหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายคนค้นพบว่าลักษณะอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยหน่ายได้

จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัญหาความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญ หากผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีประสิทธิภาพ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยพบว่าทางด้านการพยาบาลมีเพียงการศึกษาของ มยุรี กลั้ววงศ์ (2552) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรบุคลิกภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย นั่นคือบุคลิกภาพต่างกันจะส่งผลให้ระดับความเครียดต่างกัน นอกจากนี้จากนี้ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย ดังนั้นตัวแปรความเครียดจึงเป็นตัวแปร

ทางตรงที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะความเหนื่อยหน่ายเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะเหนื่อยหน่ายให้เกิดความเหมาะสม

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาภาวะความเหนื่อยหน่าย ตามแนวคิดของ Maslach (1986) ซึ่งได้กล่าวว่า ความเหนื่อยหน่าย เป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย โดยอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล ผู้วิจัยศึกษาภาวะความเหนื่อยหน่าย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าแนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach (1986) ถูกนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลายทั้งในการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรที่ทำงานในด้านการบริการในหลายๆอาชีพ และยังได้มีการนำแนวคิดความเหนื่อยหน่ายมาศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกันในต่างประเทศ เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Ahmet et al, 2015) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Tel et al, 2013) เป็นต้น สำหรับการศึกษศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล (มยุรี กลั้ววงศ์,

2552) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จันทร์เพ็ญ แสงห่วน, 2536) ซึ่งเป็นโรคทางกาย แต่บริบทของผู้ดูแลคล้ายกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกล่าวคือ ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา ยาวนาน ต้องอาศัยความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่อง ต้องปรับตัว และเปลี่ยนแปลงจาก บทบาทหน้าที่เดิมจากที่ดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยได้ เหมือนกัน ดังนั้นจึงได้นำแนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach (1986) มาศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้ Maslach (1986) ได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 2 ปัจจัย คือปัจจัยภายใน บุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมของผู้ดูแล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามเอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และจากการทบทวนวรรณกรรม Ahmet et al. (2015) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งตัวแปรที่ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีตัวแปรที่มาจากตัวผู้ป่วยจิตเภทด้วย คือ อาการทางบวก และอาการทางลบดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความ เหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่

**เพศ** เพศหญิงและเพศชายมีโอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายได้เหมือนกัน แต่เพศหญิงจะมี แนวโน้มเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่น และมีการพบปะผู้คนมากกว่าเพศชาย (Maslach, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชของ Tel et al. (2013) ที่ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ

**อายุ** อายุเป็นตัวสะท้อนประสบการณ์ในการทำงาน บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มาก รู้จักใช้ มีวุฒิภาวะสูง สุขุมรอบคอบ และสามารถปรับตัวสอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น โอกาสที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายจึงน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Maslach, 1986) เนื่องจากบุคคลมีอายุ มากขึ้น จะมีการทำใจที่จะยอมรับ อดทน และเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลที่มีอายุ มากมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยได้

**สถานภาพสมรส** ผู้ที่มีสถานะโสดจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่สมรสแล้วเนื่องจาก ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมาก คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการ แก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันและยังมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกันและกัน (Maslach & Jackson, 1981) ผู้ ที่มีครอบครัวแล้วจะไม่ท้อแท้และยึดติดกับงานเพียงอย่างเดียว แต่จะมองความสำเร็จในครอบครัว



ด้วย ซึ่งเสี่ยงกับความผิดหวังและล้าเมื่อยน้อยกว่าคนโสด (Maslach, 1986) และมีการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Ahmet et al. (2015) ที่พบว่าผู้ที่มีสถานะ หมาย หย่าร้าง จะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่มีสถานะสมรสอย่างมีนัยสำคัญ

**ระดับการศึกษา** ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานมาก และมักจะตั้งความหวังไว้สูงหากไม่เป็นไปตามที่หวังไว้จะเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากกว่า (Maslach, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชของ Tel et al. (2013) พบว่าระดับการศึกษามีสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ

**ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย** บุคคลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานระยะสั้น ทั้งนี้เกิดจากวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้มีการปรับตัวและมีการมองการณ์ไกล สุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น (Maslach, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและพยาบาลจิตเวชของ Angermeyer et al. (2006) ที่พบว่าระยะเวลามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

**ความเครียด** ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลายระดับ ซึ่งในแต่ละระดับก็จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หากผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง และเป็นระดับที่ไม่สามารถปรับตัวให้ความเครียดลดลงในระยะเวลานานซึ่งถือว่าอยู่ในภาวะอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาความเครียดก็จะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) และพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยโดยตรงที่ทำให้เกิดความหน่าย เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดที่เรื้อรังยาวนานจะก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกายและเกิดความไม่สมดุลทางจิต จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยหน่าย ( Muldary, 1983 ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล มยุริกัลบังษ์ (2552) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวความเครียดเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย เมื่อผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย

**ภาวะซึมเศร้า** พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดงอาการแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและร่างกาย โดยมีอาการเศร้า ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ มีความคิดทางลบต่อตนเอง ดำเนินตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หดหวัง Beck (1987) ซึ่งจากอาการแสดงดังกล่าวอาจเป็นการสะท้อนถึงความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลัก

ผู้ป่วยจิตเวชของ Tel et al. (2013) พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ

**การสนับสนุนทางสังคม** เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่า และช่วยให้บุคคลสามารถได้รับความช่วยเหลือ ได้ข่าวสารใหม่ๆ ทักษะความชำนาญ การเรียนรู้ การประคับประคองทางอารมณ์ และพบว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี (Maslach, 1986) เพราะฉะนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Ahmet et al. (2015) พบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลก็จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

**อาการทางลบ** พบว่าอารมณ์ซึมเศร้า เฉยเมย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม แยกตัวจากสังคม พุดน้อยของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและผู้ดูแลลดลง Van et al. (2009) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีลักษณะเด่นคือ พุดน้อย เนื้อหาที่พุดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกายและไม่ค่อยแสดงออก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิത്യ, 2548) เป็นอาการที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Ahmet et al. (2015) ที่พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงอย่างมีนัยสำคัญ

**อาการทางบวก** อาการหลงผิด รู้สึกหวาดระแวงคิดว่ามีคนปองร้ายตนเอง คิดว่าตนเองมีเทพวิญญูณอยู่ในร่างกาย รู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น เป็นอาการที่อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ Noh and Turner (1982) กล่าวไว้ว่า ความยุ่งยากในการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ดูแล คือผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย เนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ตันติมา ด้วงโยธา (2553) ที่ค้นพบว่าลักษณะอาการทางจิตที่มีอาการรุนแรง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยหน่ายได้

### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ความเครียด ภาวะซึมเศร้า อาการทางลบและอาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในระดับทั่วไปขึ้นไปที่มีคลินิกจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในระดับทั่วไปขึ้นไปที่มีคลินิกจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม และโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

### ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วย จิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก

ตัวแปรตาม คือ ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความเหนื่อยหน่าย** หมายถึง กลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) หมายถึง ความรู้สึกอ่อนล้าหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย ประเมินจากแบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) แปลเป็นภาษาไทย โดย สิริยา สัมมาวาจ (2532) และพัฒนาโดยมยุรี กลั้ววงษ์ (2552)

การมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (Depersonalization) หมายถึง ความรู้สึกด้านลบ และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มองผู้ป่วยเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นบุคคลซึ่งมีความรู้สึก ไม่ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเมินจากแบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) แปลเป็นภาษาไทย โดย สิริยา สัมมาวาจ (2532) และพัฒนาโดยมยุรี กลั้ววงษ์ (2552)

ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (Personal Accomplishment) หมายถึง การที่ผู้ดูแลประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลวในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเมินจากแบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) แปลเป็นภาษาไทย โดย สิริยา สัมมาวาจ (2532) และพัฒนาโดยมยุรี กลั้ววงษ์ (2552)

**เพศ** หมายถึง เพศของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น เพศหญิงและเพศชายโดยประเมินจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

**อายุ** หมายถึง จำนวนเต็มปีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับตั้งแต่ปีที่เกิดจนถึงปีที่ผู้วิจัยทำการศึกษาประเมินได้จากข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

**สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น สถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ โดยประเมินจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

**ระดับการศึกษา** หมายถึง การศึกษาสูงสุดในสถาบันการผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี และไม่ได้เรียน นับตั้งแต่วันที่ ได้รับการสัมภาษณ์ โดยประเมินจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

**ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย** หมายถึง จำนวนเป็นเดือนและเป็นปีที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย จิตเภทซึ่งนับตั้งแต่เริ่มให้การดูแลจนถึงขณะที่ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยประเมินได้จากข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

**ความเครียด** หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีปฏิกริยาตอบสนองทางด้าน ร่างกาย จิตใจ จากความ กดดันในสถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น รู้สึกวิตกกังวลในการทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วย รู้สึกไม่ปลอดภัยในพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยประเมินจากแบบวัดความเครียด ของโรงพยาบาล สอนปรุง กรมสุขภาพจิตพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540)

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงอาการแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและร่างกาย โดยมีอาการเศร้า ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ มี ความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หมดหวัง โดยประเมินจากแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA) (Beck, 1967)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากกลุ่มเพื่อน สมาชิกในครอบครัว และจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ เช่น บุคลากรทาง สาธารณสุขขณะที่อยู่ในชุมชน โดยการช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยประเมินจากแบบสอบถามการสนับสนุนทาง สังคม ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) และพัฒนาโดย เทียนทอง หา ระบุตร (2555)

**อาการทางลบ** หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการออกมา น้อยกว่าปกติ มีสีหน้าเฉย เมย พูดน้อย ใช้เวลานานในการตอบ ไม่มีจุดหมาย ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ขาดความสนใจในการทำ กิจกรรม แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม ประเมินได้จากการใช้แบบประเมิน อาการทางลบ ซึ่งแปลมาใช้ภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1982)

**อาการทางบวก** หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยจิตเภท แสดงออกมาในด้านอาการหลงผิด ความคิด สับสนประสาทหลอน กระวนกระวาย รู้สึกหวาดระแวงคิดว่ามีคนปองร้ายตนเอง คิดว่าตนเองมีเทพ วิญญาณอยู่ในร่างกาย รู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น ประเมินได้จากการใช้แบบประเมินอาการทางบวก ซึ่ง แปลมาใช้ภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1982)

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนของตนเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้องหรือบุตร เพียงคนเดียวหนึ่งโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

**ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การให้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนและมารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจิต ได้ข้อมูลที่เป็นพื้นฐานในการวางแผนเพื่อให้การดูแลและเพื่อช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แก่ผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นแนวทางวางแผนด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และสามารถนำผลที่ได้ไปวางแผน เพื่อป้องกัน หรือลดความเหนื่อยหน่ายให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยมีการศึกษาคำรา เอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
- 1.4 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท
- 1.5 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท
- 1.6 ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายผู้ดูแล
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 3. แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย

- 3.1 ความหมายเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย
- 3.2 ความเหนื่อยหน่ายตามแนวคิดของ Maslach (1986)
- 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย
- 3.4 การประเมินความเหนื่อยหน่าย

#### 4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรงมากที่สุด (Sadock and Sadock, 2007) ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ และกระบวนการคิด ซึ่งต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือการดำเนินชีวิตประจำวัน ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุของโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท การดำเนินโรคของโรคจิตเภท การบำบัดรักษาโรคจิตเภท ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

พิเชษ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน การรับรู้ อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) เป็นระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีโรคทางกาย ทางสมอง พิษจากยา สารเสพติด ที่จะป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อพรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยไม่มีโรทางกาย ทางสมอง พิษจากยา สารเสพติด และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

### 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันไม่ทราบสาเหตุของโรคจิตเภทแน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆเชื่อว่าโรคจิตเภทมีสาเหตุ ดังนี้

**พันธุกรรม** พบว่าหากมีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท โอกาสที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าบุคคลทั่วไป จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยังมีโอกาสสูง คือหากติดตามคนทั่วๆ ไป ไปเรื่อยๆ 100 คน จะพบว่าผู้มีผู้ที่เกิดป่วยเป็นโรคจิตเภท 1 คน หากติดตามพี่น้องของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทไปเรื่อยๆ 100คนจะพบว่าเกิดป่วยเป็นโรคจิตเภท 8 คน จะเห็นว่ายังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าไร ก็ยังมีโอกาสเกิดมากขึ้น อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตคือแม่แต่แฝดไข่ใบเดียวกัน (คู่แฝดที่มีหน้าตา



เหมือนกันเพศเดียวกัน) คนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งก็ไม่ได้พบว่าเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่าถึงแม้กรรมพันธุ์จะมีส่วนในการเกิดโรคแต่ก็ไม่ได้เป็นสาเหตุไปทั้งหมด การศึกษาเพื่อหาพื้นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน

**ปัจจัยด้านชีวภาพ** เชื่อว่าโรคนี้เป็นจากสารเคมีในสมองที่เชื่อว่าสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น และพบว่าการศึกษาการรักษาโรคจิตรักษาโรคนี้ได้เป็นจากการที่ยาไปออกฤทธิ์ ยับยั้งการออกฤทธิ์ของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานของ Dopamine striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

**ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม** ภาวะสังคม เศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทได้ บุคคลที่มีสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้สูงกว่าบุคคลมีสังคมและเศรษฐกิจสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Sadock and Sadock, 2003) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมาจากสาเหตุการเผชิญเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต เช่น การถูกออกจากงาน การหย่าร้าง การสูญเสีย (Brown and Birley, 2000)

จากปัจจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างร่วมกัน แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ stress-diathesis model ที่เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา ซึ่งสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

### 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

อาการแสดงของโรคจิตเภทเป็นแบบที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและรุนแรง ที่มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและการรับรู้ อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป อาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Boyd, 2005)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกความผิดปกติในด้านของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย เช่น หลงผิดคิดว่าคนปองร้าย (Persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่ เป็นโต (Grandiose delusion) และหลงผิดคิดว่าคนนิทาว่าร้ายตนเอง (Delusion of reference) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็นประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination)

อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลก ๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย (Avolition) และ เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (Asociality) หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก

#### 1.4 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

ได้อธิบายการดำเนินโรคจิตเภทโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 4 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1.4.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้าน cognitive ในระดับเล็กน้อยๆ ไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกายต่างไปจากปกติ โดยเฉพาะส่วนของมือ เช่น ลักษณะของมือ นิ้วมือ หรือลายนิ้วมือ

1.4.2 ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งตามมาด้วยอาการด้านลบ โดยจะค่อยๆ แยกตัวไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สนใจดูแลตัวเองลดลง ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวกแบบน้อยๆ (attenuated positive symptoms) เช่น เชื่อเรื่องโชคลาง ไสยศาสตร์ มีการใช้สำนวนแปลกๆ มีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจออกแนวระแวง แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน มีอาการ ด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล การแสดงออกของอารมณ์ลดลงหรือไม่เหมาะสม และอาการด้าน cognitive เช่น สมาธิลดลง เหม่อลอย ระยะนี้ไม่แน่นอนอาจนานตั้งแต่เป็นสัปดาห์ๆ จนถึงเป็นปีโดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ก่อนอาการกำเริบ

1.4.3 ระยะโรคกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีก จึงแสดงอาการต่างๆของโรคออกมา ในเพศชายคือช่วงอายุ 20 ต้นๆ ไปจนถึงกลางๆ ส่วนเพศหญิงจะเริ่มในช่วงอายุปลายๆ ในการป่วยครั้งแรก อาการส่วนใหญ่เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป หลังรักษาอยู่นาน 6 เดือน แล้วอาการจึงเริ่มทุเลาลง โดยอาการด้านบวกและอาการด้านลบจะเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยบางคนไม่มีอาการเลย ช่วงที่อาการดีขึ้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุดยาเอง และอีกไม่นานก็มีอาการกำเริบ อาการ

ป่วยในครั้งหลังๆอาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเหมือนครั้งแรก อาการมักหลงเหลืออยู่ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 80 มักมีอาการกลับกำเริบ (relapse หรือ acute exacerbation) เป็นพักๆภายในช่วง 5 ปีแรก

1.4.4 ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Chronic/Residual phase) ในระยะนี้ตัวโรคส่วนใหญ่จะเริ่มคงที่ทั้งในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วย ในระยะยาวแล้วอาการโรคจิตจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น แม้อาจมีอาการด้านบวกอยู่บ้าง ก็มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ในขณะที่อาการด้านลบและอาการด้าน cognitive จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษาในปัจจุบัน

#### 1.5 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถแบ่งได้เป็น 4 วิธี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1.5.1 การรับผู้ป่วยใส่รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- 2) มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- 3) เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา
- 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

#### 1.5.2 การรักษาด้วยยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง

1) ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป้าหมายการรักษาในระยะนี้ คือ การลดอาการโรคจิตลง ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นขนานแรกได้แก่ haloperidol หรือ risperidone ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกและไม่เคยรักษามาก่อนมักตอบสนองต่อยาขนาดต่ำ และจะเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ง่าย ในผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกและไม่รุนแรงจึงควรเริ่มยาขนาดต่ำ เช่น haloperidol 2-4 มก./วัน แล้วค่อยๆเพิ่มขนาดยาทุกสัปดาห์ หากผู้ป่วยอาการดีขึ้นอาจคงยาไว้แค่ 4 มก./วัน ซึ่งพบว่าเป็นขนาดที่เพียงพอในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก

2) ระยะที่ทำให้สภาพคงที่ (Stabilization phase) หลังจากมีอาการทุเลาลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเพื่อควบคุมอาการ โดยให้ยาโรคจิตขนาดเดิมต่อไปอีก 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาก็อาจต้องปรับขนาดยาเพื่อลดอาการข้างเคียง

3) ระยะคงที่ (Stable หรือ maintenance phase) เป็นระยะที่ให้ยาเพื่อป้องกันโรคกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้ว มักต้องการหยุดการรักษา

อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่ไม่กินยาต่อเนื่องมีโอกาสอาการกำเริบภายใน 1 ปี หลังจากหายอาการถึงร้อยละ 57 โดยทั่วไปจึงแนะนำว่าหลังจากอาการหายแล้วผู้ป่วยยังต้องกินยาต่อไปอีกอย่างน้อย 1 ปี ครั้งถึง 2 ปีแล้วจึงพิจารณาว่าจะหยุดยาหรือไม่

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.5.4 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย การรักษาด้านจิตสังคมมี ดังนี้

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยเป็นอย่างยิ่ง

3) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำกัน ผูกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

## 1.6 ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ลักษณะอาการผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่สามารถแสดงอาการ โดยแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่ม (มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1.6.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) อาการกลุ่มนี้ประกอบด้วย psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ disorganization dimension ได้แก่ disorganized thinking and behavior อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยในโรคจิต

เภทได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) และอาการหลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูดของคนอื่น หรือเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบๆตัว เช่น ข่าวในโทรทัศน์มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference) อาการหลงผิดอื่นๆที่พบ ได้แก่ somatic delusion , religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยจะเป็น auditory hallucination ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) และเสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน อาการด้าน disorganized ผู้ป่วยจะมีความคิดและการกระทำไม่อยู่กับร่องกับรอย ทำให้บางครั้งยากแก่การเข้าใจว่าผู้ป่วยทำอะไรอยู่ ในเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 นั้นอาการด้านบวกโดยเฉพาะอาการหลงผิดและประสาทหลอน มีความสำคัญมากเนื่องจากมีความจำเพาะต่อการบ่งว่าเป็นโรคจิตสูง ส่วนอาการด้าน disorganization ที่มีความสำคัญพอๆกันกับ อาการหลงผิด ประสาทหลอนได้แก่ อาการ disorganized thinking

1.6.2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) อาการด้านลบประกอบด้วยอาการต่างๆ ตามได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว อาการที่พบเด่นในโรคจิตเภท ได้แก่ Affective flattening และ avolition อาการด้านลบนี้นั้นพบได้ในทุกระยะของโรค แต่จะพบบ่อยในระยะหลังของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหลงผิดประสาทหลอนบ้างแล้ว ญาติจะบอกว่าผู้ป่วยมักนั่งอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร ไม่สนใจโลกภายนอก การเข้าสังคมลดลงมาก อาการกลุ่มนี้ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดีเท่ากลุ่มอาการด้านบวก

1.6.3. กลุ่มอาการด้าน cognitive (Cognitive Symptoms) ผู้ป่วยมีอาการ Cognitive dysfunction ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น อาการ Cognitive dysfunction เป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้ เริ่มพบได้ในระยะอาการนำ (prodromal phase) แย่ลงขณะผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งแรก จากนั้นจะค่อนข้างคงที่อยู่ตลอดแม้ผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหูแว่ว ประสาทหลอนแล้วซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม

1.6.4. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective Symptoms ) อาการด้านอารมณ์เป็นอาการที่พบร่วมได้บ่อย แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด วิดกกังวล หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น อารมณ์คึกคักแบบ mania อย่างไรก็ตามอารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัด และเป็นไม่นานนัก เมื่อเทียบกับอาการด้านบวก ในช่วงที่ผู้ป่วยดีขึ้นจากอาการด้านบวกบ้างแล้วอาจพบอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น (post – schizophrenic depression) โดยผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้าจากอาการตระหนักว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิต ยอมรับไม่ได้กับความเจ็บป่วยนี้ของตนเอง รู้สึกหมดหวังกับอนาคต

1.6.5. อาการอื่นๆ อาการอื่นที่พบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติกไป (lack of insight ) ทำให้ไม่ยอมรับรักษาแม้อาการจะกำเริบหลายๆ ครั้งแล้วก็ตามบางคนมีอาการ social cognition deficit ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกกว่าคนอื่นคิดอะไรต้องการอะไร บางครั้งอาจเอาเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันมาเกี่ยวโยงเป็นเรื่องเป็นราวหรือเอามาผูกโยงกับอาการหลงผิดของตนเอง อาจพบ neurological soft signs ในผู้ป่วยเช่น มีความบกพร่องของ motor coordination, sensory integration และ motor sequencing ของการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน และมีความผิดปกติของ smooth eye movement เป็นต้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น Paranoid schizophrenia พบเป็นร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (ธีระ สีสานันทกิจ, 2550) จากผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของประเทศไทยปี 2546 พบความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทถึงร้อยละ 0.59 (มานิต ศรีสุภานนท์ และคณะ, 2547) โดยไม่พบความผิดปกติทางกาย เมื่อผู้ป่วยจิตเภทถูกออกจากโรงพยาบาลมักพบว่ามักหาด้านพฤติกรรม ในบางรายพบว่าไม่มีญาติดูแลหรือญาติไม่สนใจ ถูกปล่อยให้ทอดทิ้ง จึงเกิดความเครียดจากความเจ็บป่วยของตนเองและจากปัญหาภายในครอบครัว จากการขาดรายได้ไม่มีงานทำ และในที่สุดผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

### 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริมป้องกัน ดูแล รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในบทบาทและหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรง รูปแบบการดูแลต้องครอบคลุมและครบทั้ง 4 มิติ สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) ได้นำหลักการพยาบาลทั่วไปไปพร้อมกับแนวคิดด้านกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการดูแล 4 ด้าน ดังนี้

#### 1) หลักการพยาบาลทั่วไป

1.1) การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขภาพอนามัยมักจะไม่ดี

1.2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนี้จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้มากขึ้น สุดท้ายคือการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง

1.3) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดคือ อารมณ์แบบเฉยเมย ไม่มีอารมณ์ตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่สบตา หรืออาจมี

อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลเกิดความหงุดหงิดและไม่พอใจ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ไม่ปกติ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่นเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลาและเป็นปัญหาที่แก้ได้ยาก

## 2) กระบวนการพยาบาล

สำหรับกระบวนการพยาบาล เป็นหลักการที่นำมาใช้ในการประเมิน วินิจฉัย วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และสังคม ซึ่งกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1) การประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินสภาพทั่วไป และอาการต่างๆ ของผู้ป่วย การประเมินเริ่มต้นด้วยการประเมินความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมโดยทั่วไปและอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติต้องนำส่งโรงพยาบาล

2.2) การวินิจฉัยการพยาบาล ทำเมื่อได้ทำการประเมินสภาพทั่วไป ประเมินอาการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และการรับรู้ ประเมินอาการหลงผิดประสาทหลอนของผู้ป่วยว่ามีหรือไม่มี ลักษณะใด ต่อมาคือวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะเที่ยงตรงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา

2.3) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลในระยะสั้น และระยะยาว เพื่อที่จะได้มีแนวทางการประเมินผลความสำเร็จทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลควรที่จะกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่พึงประสงค์

2.4) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ

สรุป บทบาทการปฏิบัติการพยาบาลต้องคำนึงถึงการดำเนินของโรค ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ และควรมีการวางแผนการพยาบาลการดูแลแบบองค์รวม ครบทั้ง 4 มิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สร้างความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจและมีการประเมินผลปรับแผนการดูแลเป็นระยะเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมายผู้ดูแล

ผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่บ้าน คือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องให้ครบทุกด้านซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Orem (1995) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยช่วยดูแลส่งเสริมให้อยู่รอด และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้ดูแล ได้แก่ ภรรยา สามี และญาติ

Davis (1992) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม โดยผู้ที่ได้รับการดูแล ต้องมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงมาจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยมาจากสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล

Horowitz (1985) ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการให้การดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้ระยะเวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลตัวต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นระยะติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางไปติดต่อรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้ระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า

สรุป ผู้ดูแล คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งทางสายเลือด เช่น บิด มารดา พี่น้อง บุตรหลาน หรือทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา หรือผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมให้ผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ



## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Wolf (1986) อธิบายว่า การดูแลบุคคลนั้น ความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นการให้ความช่วยเหลือด้วยความไว้วางใจและมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า โดยมีองค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิด Mayeroff (1971) มีดังนี้

1. ความรู้ (Knowing) ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแล และรู้วิธีการตอบสนองตามความต้องการของผู้รับการดูแล
2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือผู้รับการดูแล
3. ความไว้วางใจ (Trust) ในกระบวนการดูแล ผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ต้องเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตน จะช่วยให้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆจากผู้รับการดูแล และยังทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล
5. ความอดทน (Patience) ผู้ดูแลมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเองและทำให้ผู้รับการดูแลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
6. ความหวัง (Hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับการดูแลซึ่งเป็นการมองในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย
7. ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรี และสิทธิของบุคคล
8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythm) เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคงไว้ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยเหลือ

Roachelle (1978) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการดูแลว่า เป็นการกระทำหรือการแสดงออกต่อมนุษย์หรือสิ่งต่างๆรวมทั้งการให้ความสำคัญและการให้คุณค่าต่อสิ่งนั้น โดยผ่านการคิดไตร่ตรอง ซึ่งผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ ที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย

1. การปฏิบัติงานด้วยความสามารถ (Competence) เป็นการปฏิบัติที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยโดยใช้ ความรู้ ทักษะ ความชำนาญที่มีอยู่ ถูกต้องตามเทคนิควิธี มีความมั่นใจในหลักวิชาการ มีการตัดสินใจที่ดี โดยการปฏิบัติดูแลคำนึงความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

2. สัมพันธภาพที่เอื้ออาทร (Compassion) เป็นการปฏิบัติกรดูแลด้วยความห่วงใย ตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วย แสดงถึงความเข้าใจ ห่วงใย ใช้เวลาแก่ผู้ป่วย มีการสัมผัส มีคำปลอบโยน ให้การดูแลสม่ำเสมอ

3. การให้ความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ (Confidence) หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย มีการให้ข้อมูล ความรู้ และมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาต่างได้

4. พุทธิกรรมทางจริยธรรม (Conscience) เป็นการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ให้อำนาจในการตัดสินใจ รวมทั้ง การปฏิบัติกรดูแลอยู่บนพื้นฐานความถูกต้อง

5. ความผูกพันในงาน (Commitment) หมายถึง การมีความตั้งใจในการปฏิบัติกรดูแล มีความรับผิดชอบ การดูแลเพื่อให้งานเกิดความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

Leininger (1991) ให้ความหมายว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (assistive) การสนับสนุนค้ำจุน (supportive) การอำนวยความสะดวก (facilitative) และการสร้างความสามารถ (enabling) ให้กับบุคคล การแสดงออกเพื่อรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุกบุคคล ครอบครัวและชุมชน อยู่ภายใต้โครงสร้างของสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การดูแลจึงแปรผันไปตามวัฒนธรรมนั้นๆ ซึ่งจะมีทั้งส่วนที่เหมือนและต่างกัน การที่จะทำให้การดูแลบรรลุเป้าหมายผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมเพื่อจะได้ให้การดูแลอย่างองค์รวมตามเป้าหมาย

สกาเวเตียน กลิ่นน้อย (2554) ได้อธิบายว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องเผชิญกับความเครียด ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยสร้างการดูแลให้สำเร็จได้ด้วยวิถีทางความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน เพื่อตอบสนองความต้องการได้อย่างสมบูรณ์ และประสบผลสำเร็จ

เทียนทอง ทาระบุตร (2555) ได้อธิบายว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะต้องเน้นการตอบสนองความต้องการของบุคคล อย่างเป็นองค์รวมทั้ง 3 มิติ คือ กาย จิตและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ต้องมีความสอดคล้องกับโครงสร้างของสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วยการดูแลเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพอใจต่อชีวิตของตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่รวมกันกับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยเริ่มจากการไว้วางใจกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกันและมีเป้าหมายไปสู่ผลสำเร็จในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นการตอบสนองความต้องการของ

บุคคล แบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีความปกติสุข

### 2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว การที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และความอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2) ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพจิตที่ชื่อยา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล (Care manager role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู

### 2.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องและเป็นระยะเวลายาวนาน ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องทั้งในด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก จากความบกพร่องเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิราพร รักการ, 2549) ผลจากการดูแลส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านต่างๆดังนี้

2.4.1 ด้านร่างกาย (Physical impact) ผู้ทำหน้าที่ส่วนใหญ่ทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสับเปลี่ยนกับผู้อื่นทำให้เกิดความอ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยได้ เช่น ปวดต้นคอปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องหยุดพัก มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการนอนไม่หลับทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลต่อการดูแลโดยตรงได้ นอกจากนี้อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ด้วยภาวะที่ต้องดูแลผู้ป่วย อาจทำให้รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วกำเริบมากขึ้น และอาจเป็นปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2.4.2 ด้านจิตใจ (Psychological impact) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจต่างๆส่งผลทำให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย และกังวลจนทำให้เกิดความเครียด เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) และเศร้าโศก เสียใจเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น หากผู้ดูแลรู้สึกภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงตามมา โดยกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแล มีดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

- 1) อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป รู้สึกเสียญาติของตนไปทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่
- 2) ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลและทำกิจกรรมต่างๆ
- 3) ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น
- 4) ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้
- 5) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว

2.4.3 ด้านสังคม (Social impact) การที่ระบบทบทวนใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทหน้าที่อื่นด้วย ทำให้การดำเนินชีวิตด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม เนื่องจากต้องเอาเวลาไปดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปวัดทำบุญในประเพณีต่างๆ หรือกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ที่จัดขึ้นในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหินห่างกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและทอดทิ้งจากเพื่อน (พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ, 2541)

2.4.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment impact) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลส่งผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง ทั้งในส่วนของความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลจึงต้องระมัดระวังพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และจากที่ผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงาน ต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีการสูญเสียรายได้และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ดูแลยังต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง นอกจากนั้นยังพบว่า การที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย และค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (Eake, 1995)

จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายหรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย ผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง หากได้รับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดี การดูแลผู้ป่วยก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

#### 2.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ก็จะทำให้เกิดผลกระทบที่ตามมา ดังกล่าวและนอกจากนี้แล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลการทรมานกรรมหรือผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้งตามมาได้ ดังนั้นควรให้การดูแลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ก่อนที่ครอบครัวจะแตกสลาย มีงานศึกษาวิจัยต่างๆ ที่เสนอแนวทางให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ที่มีความสอดคล้องกับ Paker (1992 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) มี 3 ประการต่อไปนี้

1. มีเวลาพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วย

2. ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help from others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลือด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม

3. ได้รับความบริการ (provision of services) การได้รับการบริการช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การบริการทางด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ การบริการทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราวหรือกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้

1. ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล เพราะระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล

3. ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่ผู้ดูแลต้องการ เพื่อช่วยผู้ดูแลกลับสู่กิจวัตรประจำเดิมได้เร็วขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

4. ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น

5. ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย

#### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้เชี่ยวชาญได้อธิบายความเหนื่อยหน่ายไว้ดังนี้

ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) แมสแลชซึ่งเป็นนักจิตวิทยา และเป็นอาจารย์ที่มหาวิทยาลัยเบอร์เลย์ แคลิฟอร์เนีย เป็นบุคคลแรกที่กล่าวถึง “ความเหนื่อยหน่าย” (Burnout) ขึ้นในปี ค.ศ. 1973 และได้ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร Human Behavior ในปี ค.ศ. 1976 และหลังจากนั้น ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ก็เป็นที่ยอมรับในวงการทั่วไปและทีมสุขภาพ และต่อมามีผู้ให้นิยาม Burnout ต่างๆ ดังนี้

Muldary (1983) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความเสื่อมโทรมทั้งสุขภาพการและสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผลกระทบจากการทำงานมากเกินไปจึงส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรังและกระทบต่อคุณภาพการบริการ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

Fong (1990) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เกิดจากภาวะที่เกิดจากการทำงานหนัก และการการสนับสนุน ส่งเสริมจากระดับผู้บริหารและในระดับเดียวกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้รู้สึกท้อถอยจากการทำงาน แนวทางการแก้ไขคือการได้รับการสนับสนุนและลดภาระงาน

Harris (1989) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นผลกระทบที่เกิดจากความเครียดจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยจะพบในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ที่ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้ที่มีความทุกข์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของมนุษย์

Fredenberge & Richelson (1980) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นความไม่สมหวัง เบื่อหน่าย อ่อนล้าทางอารมณ์ จิตใจ และคับข้องใจเป็นผลจากการการทุ่มกระทำในสิ่งที่เป็นความมุ่งหวัง แต่ประสบความล้มเหลว ซึ่งพบมากในอาชีพที่ให้บริการและช่วยเหลือประชาชน

Ridder & Hartley (1992) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เกิดจากความเครียดเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการทำงาน ทำให้เกิดความหมดหวัง ท้อแท้ หมดพลังไม่ประสบความสำเร็จในด้านการทำงานและชีวิตส่วนตัว

### 3.2 ความเหนื่อยหน่ายตามแนวคิดของ Maslach (1986)

Maslach (1986) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียด้านร่างกาย มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย

Maslach ได้แบ่งอาการและอาการแสดงออกของความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นระยะเริ่มต้น จากความรู้สึกท้อแท้ใจ เมื่อคิดว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยก็จะรู้สึกหมดแรง ต่อมาจะมีความอ่อนเพลียด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นหวัด หลับไม่สนิท เป็นระยะที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ หากได้รับการพักผ่อนอาการก็จะหาย

ระยะที่ 2 จะมีอาการและอาการแสดงตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป เริ่มมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ลดความเป็นบุคคลผู้ป่วยไม่ให้ความนับถือ ในระยะนี้อาการแสดงจะเกิดนานขึ้น แม้จะได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่แต่ก็ยังรู้สึกเมื่อยล้า ซึ่งควรได้รับความช่วยเหลือ

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่พบไม่บ่อยนัก เป็นผลรวมความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นในระยะที่หนึ่งและระยะที่สองอย่างเรื้อรังแล้วไม่สามารถจัดการกับความเหนื่อยหน่ายได้จึงทำให้รู้สึกว่าคุณค่า

ในตัวเองลดลง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดการตอบสนองทางอารมณ์ ไม่มีเป้าหมาย ในระยะนี้เชื่อว่า จะไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อีกเนื่องจากอาการและอาการแสดงต่อเนื่องจากระยะที่สอง

องค์ประกอบของความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ

1. อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) คือ ความรู้สึกอ่อนล้า สิ้นหวัง การหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

2. การมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (Depersonalization) ความรู้สึกด้านลบ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย มองผู้ป่วยเหมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นบุคคลซึ่งมีความรู้สึก

3. ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (Personal Accomplishment) การประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วย

จากแนวคิดของ Maslach (1986) ที่ได้อธิบายว่าความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียด้านร่างกาย มีความรู้สึกด้อยคุณค่า ทำให้มีอัตมโนทัศน์ในทางลบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง และทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง แนวคิดนี้เริ่มมาจากการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในบุคลากรที่ทำงานการบริการ แต่ก็มีให้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในโรคทางกายรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach (1986) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้และได้มีการปรับคำให้เหมาะสมกับบริบทที่จะศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเหนื่อยหน่าย เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในการทำกิจวัตรประจำวัน และต้องรับผิดชอบทำหน้าที่แทนผู้ป่วยจากบทบาทหน้าที่เดิม ซึ่งผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตของตนเองให้เหมาะสม จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552) ในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย เวลาพักผ่อนน้อย ความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ (Basel et al., 2010; เทียนทอง หาระบุตร, 2556) ทางด้านจิตใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล เหนื่อยหน่ายและยังพบว่า ผู้ดูแลเครียดอย่างมากในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (มยุรี กลับวงษ์, 2552) ในด้านสังคมมีการแยกตัวจากสังคมเนื่องจากรู้สึกเป็นตราบาปจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย (Thys et al., 2013) ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้

### 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย

ผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ หรืออาจมีพฤติกรรมแยกตัว ซึมเฉย เคลื่อนไหวน้อย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ และขาดการดูแล



สุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ดูแลจะมีความเครียดที่ต้องทนกับสถานการณ์ปีบคั้น เสี่ยงอันตรายเป็นระยะเวลายาวนาน จนเกิดความเหนื่อยล้า หหมดความอดทน หหมดหวังและแสดงอารมณ์รุนแรงต่อผู้ป่วยหรือปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย ที่อาจเรียกว่า ความเหนื่อยหน่าย (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) สาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายนั้น จากการศึกษาของ Maslach (1986) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัย ผู้วิจัยคัดสรรมีดังนี้

**ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่**

**3.3.1 เพศ** เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ลักษณะสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว ดังนั้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอาจเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ จากการทำงานได้เหมือนกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศหญิงจะมีแนวโน้มเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่น และมีการพบปะผู้คนมากกว่าเพศชาย (Maslach, 1986) ดังนั้นจึงพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (Tel et al, 2013)

**ความสัมพันธ์ของเพศกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** Tel et al (2013)

ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 103 คน พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**3.3.2 อายุ** อายุเป็นตัวสะท้อนประสบการณ์ในการทำงาน บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มาก รู้จักใช้ชีวิต มีวุฒิภาวะสูง สุขุมรอบคอบ และสามารถปรับตัวสอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น โอกาสที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายจึงน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Maslach, 1986)

**ความสัมพันธ์ของอายุกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** จากแนวคิด ความเหนื่อยหน่าย (Maslach, 1986) ได้กล่าวว่า อายุเป็นตัวสะท้อนประสบการณ์ในการทำงาน บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มาก รู้จักใช้ มีวุฒิภาวะสูง สุขุมรอบคอบ และสามารถปรับตัวสอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น โอกาสที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายจึงน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**3.3.3 สถานภาพสมรส** ผู้ที่มีสถานะโสดจะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่สมรสแล้วเนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมาก คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ รู้จักผ่อนหนักผ่อนเบา และเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้อภัยซึ่งกันและกัน มีการแก้ปัญหาต่างๆร่วมกันและยังมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกันและกัน (Maslach & Jackson, 1981) ผู้ที่มีครอบครัวแล้วจะไม่ท้อแท้และยึดติดกับงานเพียงอย่างเดียว แต่จะมองความสำเร็จในครอบครัวด้วย ซึ่งเสี่ยงกับความผิดหวังและล้มเหลวน้อยกว่าคนโสด (Maslach, 1986)

### ความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Ahmet et al. (2015) ได้ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 76 คน จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีสถานะ หม้าย หย่าร้าง จะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่มีสถานะสมรสอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.3.4 **ระดับการศึกษา** การศึกษาเป็นตัวช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ และทำให้มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานมาก และมักจะตั้งความหวังไว้สูง ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากกว่า (Maslach, 1986)

### ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Tel et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลจิตเวช จำนวน 103 คน พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษามีสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.3.5 **ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย** บุคคลที่มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปลี่ยนไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น จะช่วยเพิ่มประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแล (Orem, 2001) บุคคลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานระยะสั้น ทั้งนี้เกิดจากวิวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้มีการปรับตัวและมีการมองการณ์ไกล สุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น (Maslach, 1986) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ดูแลในระยะยาวนานจึงเกิดความเหนื่อยหน่ายได้น้อยกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในที่สุดดูแลผู้ป่วยในระยะแรกๆ

3.3.6 **ความสัมพันธ์ของระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** Angermeyer et al. (2006) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 133 คน จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.3.6 **ความเครียด** เมื่อบุคคลรู้สึกคุกคามต่อความมั่นคงในชีวิต จะมีการตอบสนองต่อปัญหาหรือสิ่งคุกคามนั้นต่างกัน ซึ่งจะปรากฏให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

### ความหมายของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2541) ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะกดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นมีการปรับตัว และมีความพึงพอใจ จะทำให้เกิดความตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆอีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจ และไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคม

Selye (1956; 1993 อ้างใน จำลอง ดิษยวานิช และ พรีมเพรา ดิษยวานิช, 2545) ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อสิ่งที่มากระทบกับร่างกายไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม ทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อนำมาซึ่งภาวะสมดุลของร่างกาย

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่ตนประสบอยู่นั้นเป็นภาวะคุกคาม อาจก่อให้เกิดอันตราย มีผลต่อสวัสดิภาพของตน

Endler and Parker (1990) ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นกลไกในการปกป้องตนเองจากปัญหาโดยเป็นกระบวนการที่มนุษย์ทำไปโดยไม่รู้ตัว เป็นวิธีที่บุคคลใช้รับมือกับปัญหาที่เป็นไปแบบแตกต่างกันตามสมรรถนะส่วนตัวของแต่ละบุคคล รวมทั้งลักษณะสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นๆด้วย

### องค์ประกอบความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2541) กล่าวว่า มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

#### ปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งได้เป็นทั้งร่างกายและจิตใจ

ทางด้านร่างกาย สภาวะทางกายทำให้เกิดความเครียดได้ในลักษณะที่เรียกว่าร่างกายเครียด ซึ่งปัจจัยของร่างกายที่ก่อให้เกิดความเครียดได้แก่ คุณลักษณะทางพันธุกรรม ความเหนื่อยล้าทางร่างกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ การเจ็บป่วยทางร่างกาย ภาวะโภชนาการ และลักษณะท่าทางที่ปรากฏเกี่ยวกับโครงสร้างกล้ามเนื้อ ผิวหนัง และการทรงตัว

ทางด้านจิตใจ บุคลิกภาพบางประเภทที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น แบบที่เอาจริง เอาจังกับชีวิต แบบพึ่งพิงผู้อื่น และแบบหุนหันพลันแล่น การเผชิญเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต ความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจ เช่น ความรู้สึกสูญเสีย อารมณ์กลัว วิตกกังวล การขาดคุณสมบัติบางประการของบุคคล เช่น การขาดความสามารถ

### ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ทางด้านกายภาพ เช่น อุณหภูมิ ภูมิอากาศ ความหนาแน่นของประชากร ภัยธรรมชาติ ฯลฯ

ทางชีวภาพ เป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งมีชีวิตและทำอันตรายต่อบุคคลได้ เช่น เชื้อโรค

ทางสังคมวัฒนธรรม ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม และสิ่งที่คุณคณกรกระทำจะมีผลกระทบต่อกันตลอดเวลา ได้แก่ สถานภาพและบทบาทในสังคมของบุคคล บรรทัดฐานทางสังคม และระบบการเมืองการปกครอง

### ความสัมพันธ์ของความเครียดกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

มยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 375 คน ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิเคราะห์พบว่าความเครียดเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย เมื่อผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย

### การประเมินความเครียด

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเครียดสวนปรุงของกรมสุขภาพจิต (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา โดยแบบประเมินนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบประเภทมาตรประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ตั้งแต่ “ไม่เลย” “เล็กน้อย” “ปานกลาง” “มาก” “มากที่สุด” ซึ่งผู้ตอบจะได้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน จากคำตอบไม่เลย ถึง มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบและให้คะแนนความเครียด เป็นมาตราส่วนประเมินค่ามาตรา (1-5)

### 3.3.7 ภาวะซึมเศร้า

#### ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1987) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่แสดงออกถึงความเป็ยงเบนทางด้านอารมณ์ที่เกิดร่วมกับความเป็ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเป็ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการแสดง ความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจและร่างกาย มีอาการเศร้า ไม่กระตือรือร้นในชีวิต การกิน การนอนผิดปกติ มีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวัง ซึ่งลักษณะอาการแสดงดังกล่าวเป็นการสะท้อนถึงความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Kurlowicz (1997) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า คือกลุ่มอาการของความผิดปกติ ด้านอารมณ์ การรับรู้ ความเข้าใจด้านร่างกาย

Velente (1994) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า ภาวะที่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดความกล้าหาญ ไม่สนใจทำกิจกรรมต่างๆ

Jasmin and Trygstad (1979) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นการสะสมความคิด ความรู้สึกและปฏิกิริยา ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า เสียใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หมดหวัง มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ต่างๆของร่างกาย แยกตนเอง ไม่ปรารถนาที่จะเข้าสังคม

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า อาจเกิดจากความรู้สึกไม่อยากรมีชีวิตอยู่ต่อไป

#### **ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

Tel et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 103 คน พบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### **การประเมินภาวะซึมเศร้า**

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การประเมินภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมมีหลายเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Beck Depression Inventory II (1976) (Beck, 1967) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมและตรงตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory II (1976) (Beck, 1967) แปลเป็นภาษาไทย โดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) ซึ่งเป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (Self rating scale) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือกตอบ “ไม่เลย” “บางครั้ง” “บ่อยๆ” “เป็นประจำ” มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน

3.3.8 **การสนับสนุนทางสังคม** เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่รักของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิตได้ (ทีปประพิน สุขเขียว, 2543)

### ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

Caplan (1974) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงาน ทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Cobb (1976) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่คุณจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ สนใจ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า รู้สึกตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร แรงงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่คุณได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อกันและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Maslach (1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่า และช่วยให้คุณจะสามารถได้รับความช่วยเหลือ ได้ข่าวสารใหม่ๆ ทักษะความชำนาญ การเรียนรู้ การประดับประดาทางอารมณ์ และพบว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี

### องค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือให้คุณรับรู้ว่าคุณได้รับความรักและความเอาใจใส่ ได้รับความสนิทสนม มีความผูกพันรักใคร่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและความรู้สึกมีคุณค่า (Esteem support) เป็นการช่วยเหลือที่คุณรับรู้ว่าคุณมีคุณค่า และผู้อื่นยอมรับและมองเห็นคุณค่าของตนเอง

3) การสนับสนุนแบบเครือข่าย (Network support or social support) ช่วยให้คุณรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีส่วนร่วมในสังคมของตนด้วย

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยให้คุณได้รับความใกล้ชิด ความผูกพัน ความรู้สึกอบอุ่นใจ เชื่อมั่น และวางใจ

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจ คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เครื่องใช้ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ ทางการเงินหรือบริการ

บุญพา ณ นคร (2538) ได้นำแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) มาแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางจิตวิทยา และการสนับสนุนทางด้านสิ่งของที่จับต้องได้ ดังนี้

1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองได้รับความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพัน

2) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณอื่นยอมรับและมองเห็นคุณค่าของตน

3) การได้มีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) หมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีส่วนร่วม เป็นเจ้าของในสังคม

4) การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหาและได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

5) การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ (Tangible support) หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ เงินทอง หรือการช่วยเหลือบริการ

**ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** Ahmet et al. (2015) ได้ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 76 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### **การประเมินการสนับสนุนทางสังคม**

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลายมิติ จึงทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นมาแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการประเมินของผู้ศึกษาว่าต้องการประเมินการสนับสนุนทางสังคมเพื่อครอบคลุมองค์ประกอบใดบ้าง (อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2546) ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดย เทียนทอง หาระบุตร (2555) ซึ่งเป็นข้อคำถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามประมาณค่า

(Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อ คือ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือ ข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือ ข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือ ข้อ 16-20 การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 4 ข้อ คือ ข้อ 21-24 วัดมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ “น้อยที่สุด” “น้อย” “ปานกลาง” “มาก” “มากที่สุด” ผู้ตอบจะได้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

3.3.9 **อาการทางลบ** คือ อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ไร้อารมณ์ เฉยเมย หรือไม่พฤติกรรมไม่เหมาะสม แยกตัวจากสังคม บกพร่องในเรื่องการเข้าสังคมซึ่งอาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

#### **ความหมายของอาการทางลบ**

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) กล่าวว่า อาการทางลบเป็นอาการแสดงของโรคจิตเภท ซึ่งแสดงออกในด้านความผิดปกติได้แก่ 1) Alogic พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงมาก 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งเฉยๆ ทั้งวันไม่ทำอะไร 4) Asociality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) กล่าวว่า อาการทางลบประกอบด้วยอาการต่างๆ ได้แก่ affective flattening และ avolition อาการด้านลบนั้นพบได้ทุกระยะของโรค แต่จะพบบ่อยในระยะหลังของโรค ญาติจะบอกว่าผู้ป่วยมักจะนั่งเฉยๆไม่ทำอะไร ไม่สนใจโลกภายนอก การเข้าสังคมลดลงมาก

#### **ความสัมพันธ์ของอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

Ahmet et al. (2015) ได้ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 76 คน พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### **การประเมินอาการทางลบ**

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพสูง โดยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านลบ



(Negative symptom) 7 อาการ ได้แก่ 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ 2) มีอารมณ์เฉยเมย 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง 4) แยกตัวออกจากสังคม 5) มีปัญหาในการใช้ความคิดเป็นนามธรรม 6) การสนทนาเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นธรรมชาติ และขาดการสนทนาต่อเนื่อง 7) การคิดอย่างตายตัวโดยไม่ยอมเปลี่ยนแปลงความคิด โดยผู้ประเมินจะสัมภาษณ์จากผู้ดูแลและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยให้ค่าคะแนนเป็น 1-7 คะแนนจาก “ไม่มีอาการ” “มีอาการขั้นต่ำสุด” “มีอาการเล็กน้อย” “มีอาการปานกลาง” “มีอาการค่อนข้างรุนแรง” “มีอาการรุนแรง” และ “มีอาการรุนแรงมาก” ตามลำดับ

3.3.10 **อาการทางบวก** คือ อาการแสดงที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและการแสดงพฤติกรรม มีอาการประสาทหลอนหลงผิด ความคิดผิดปกติ เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง

#### **ความหมายของอาการทางบวก**

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์ (2552) กล่าวว่า อาการทางบวกเป็นอาการของโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูด มักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะที่ไม่เหมาะสม โดยแสดงอารมณ์ออกมาอย่างทันทีทันใด

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2558) กล่าวว่า อาการกลุ่มนี้ประกอบด้วย psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ disorganization dimension ได้แก่ disorganized thinking and behavior

#### **ความสัมพันธ์ของอาการทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

ตันติมา ดั่งโยธา (2553) ได้ศึกษาการศึกษาและพัฒนาความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้การปรึกษาเป็นรายคน เพื่อศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบของความหยุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายคน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 16 คน ซึ่งจากการให้คำปรึกษาค้นพบว่าลักษณะอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดและเกิดความอ่อนล้า ท้อแท้ เหนื่อยหน่าย จากการดูแลผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าว จึงสะท้อนให้เห็นว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### **แบบประเมินอาการทางบวก**

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS-T) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพสูง โดยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านบวก

(Positive symptom) 7 อาการ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) ความคิดสับสน 3) อาการประสาทหลอน 4) ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งทำร้าย 7) ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตรโดยผู้ประเมินจะสัมภาษณ์จากผู้ดูแล และให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยให้ค่าคะแนนเป็น 1-7 คะแนนจาก “ไม่มีอาการ” “มีอาการขั้นต่ำสุด” “มีอาการเล็กน้อย” “มีอาการปานกลาง” “มีอาการค่อนข้างรุนแรง” “มีอาการรุนแรง” และ “มีอาการรุนแรงมาก” ตามลำดับ

### 3.4 การประเมินความเหนื่อยหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินความเหนื่อยหน่ายที่นิยมมากที่สุด คือ Burnout Measure (BM) และ Maslach Burnout Inventory (MBI) ซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดความเหนื่อยหน่ายที่ผู้ทำการศึกษาสนใจ

3.4.1 Burnout Measure (BM) เป็นแบบประเมินที่มีผู้นิยมใช้ในการประเมินความเหนื่อยเป็นอันดับสองรองจาก Maslach Burnout Inventory (BMI) โดย Pines & Kafry (1981) เป็นผู้สร้างแบบประเมินนี้ขึ้น ตามนิยามที่อธิบายว่า ความเหนื่อยหน่าย คือ ความอ่อนล้าทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ซึ่ง Burnout Measure (BM) สามารถใช้กับบุคคลได้ทุกอาชีพทุกสาขา แบบวัดนี้เป็นสเกลแบบ Likert ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ มีคำตอบ 7 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) จนถึง 6 (ประจำ) จากการใช้แบบสอบถาม Burnout Measure (BM) กับกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 5,000 คน พบค่าความเที่ยงมีค่า 0.91-0.93 ความเที่ยงที่สูงอาจเนื่องมาจากแบบวัดที่มีคำถามหลายข้อที่เหมือนกันการทดสอบความเที่ยงแบบวิธีทดสอบซ้ำ ภายใน 1 และ 4 เดือน พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.66-0.89 (Pines & Aronson, 1988)

3.4.2 Maslach Burnout Inventory (MBI) เป็นแบบประเมินที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุด ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) และได้รับการนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย สิริยา สัมมา วาจ (2532) และนำมาพัฒนา โดย มยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ซึ่งประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น 5 ข้อ และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล 8 ข้อ แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายเป็นเครื่องมือวัดแบบประเมินมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 0-6 จากคำตอบ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 มาตรา (0-6) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI) ในการประเมินความเหนื่อยหน่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพอยู่ในระดับที่ยอมรับ ประกอบกับแบบประเมินนี้เคยได้นำไปใช้ในการประเมินความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีลักษณะที่ครอบคลุมการประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ทั้งด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย หดแรงแรง ด้านจิตใจ เช่น เครียด จิตใจห่อเหี่ยว วิตกกังวล ความคับข้องใจ เป็นต้น เนื้อหาของข้อคำถามสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จึงมีความเหมาะสมในการนำไปประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา ที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 80 คน โดยนำตัวแปรบุคลิกภาพ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมาศึกษา พบว่าตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรเพศ สามารถร่วมทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ เพศและอายุสามารถร่วมทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความเป็นบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญ อายุ สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญ

ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2545) ได้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายจากผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์จากการทำงานบ้านพักผู้ป่วยในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ จำนวน 75 คน พบความเหนื่อยหน่ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำทั้ง 3 ด้าน ด้านความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ร้อยละ 92 ด้านความรู้สึกสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ร้อยละ 70.7 ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จร้อยละ 67 จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาผู้ดูแลต่างกันมีความเหนื่อยหน่ายแตกต่างกันผู้ที่มีการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น ประกาศนียบัตรจะมีความเหนื่อยหน่ายมากกว่ากลุ่มการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่มีปัญหาการดูแลผู้ป่วยจะมีความเหนื่อยหน่ายมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลที่ต้องการความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยจะมีความเหนื่อยหน่ายมากกว่าผู้ที่ไม่ต้องการความรู้ในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

มยุรี กลีบวงษ์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ จำนวน 375 คน งานวิจัยเป็นการพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิเคราะห์พบว่าบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย

Elisabeth (2001) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จำนวน 212 คน พบว่าอาการรุนแรงของผู้ป่วย พฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวนของผู้ป่วยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเกิดความเหนื่อยหน่าย การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและลดความเหนื่อยหน่ายได้

Angermeyer et al. (2006) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 133 คน โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูง ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล ร้อยละ 27.8 ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.3 และด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.3 1 และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลจิตเวช จำนวน 128 คน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูง ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น ร้อยละ 26.3 ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.7 ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 18.8

Annibal et al. (2012) ได้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 145 คน โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Back Depression Inventory พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูง ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.1 ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.6 และด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 22.8 ผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์สูงอย่างมีนัยสำคัญ

Tel et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 103 คน โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Back Depression Inventory จากการศึกษพบว่าความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

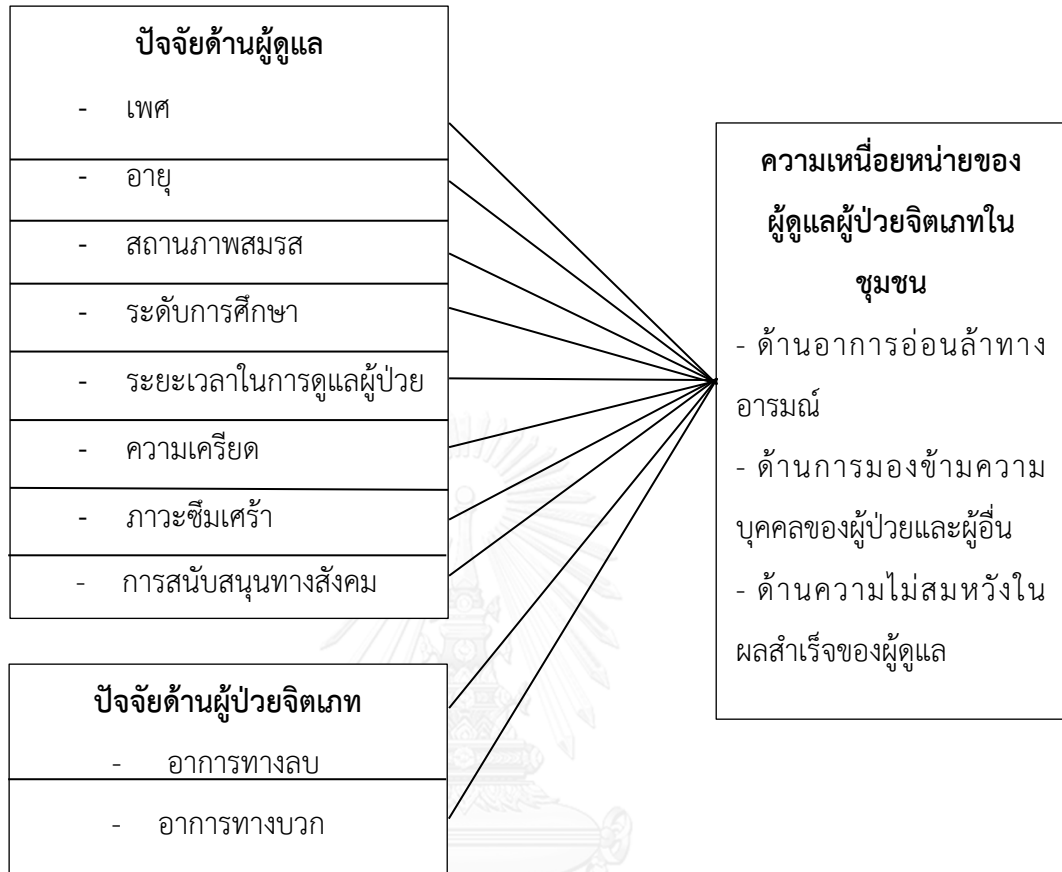
Ahmet et al. (2015) ได้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 76 คน โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) พบว่าความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.22 ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.55 และด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 5 อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายหากผู้ป่วยมีอาการทางลบผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงอย่างมีนัยสำคัญ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมความเหนื่อยหน่ายก็จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ความเหนื่อยหน่าย (Maslach, 1986) ซึ่งกล่าวว่า ความเหนื่อยหน่าย เป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนล้า หหมดกำลังใจ ในการดูแลผู้ป่วย ขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย การมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (Depersonalization) ได้แก่ ความรู้สึกด้านลบ และมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท มองผู้ป่วยเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นบุคคลซึ่งมีความรู้สึก ไม่ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (Personal Accomplishment) ได้แก่ การประเมินตนเองว่าขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและตัดสินใจว่าตนเองล้มเหลวในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบและอาการทางบวก ผลกระทบจากปัญหาความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญ หากผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำ พบว่าในประเทศไทยทางด้านการพยาบาลมีการศึกษาของ มยุรี กลั้ววงศ์ (2552) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิเคราะห์พบว่าบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะความเหนื่อยหน่ายเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับของความเหนื่อยหน่าย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะเหนื่อยหน่ายให้เกิดความเหมาะสมดังแสดงในกรอบแนวคิด

## 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยคัดสรร ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การให้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การให้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งประชากรในเขตนี้มีบริบทในการดูแล คือ มีหน้าที่รับผิดชอบหลายอย่าง ทั้งดูแลผู้ป่วยและต้องออกไปทำงานนอกบ้าน อาชีพของผู้ดูแลในเขตนี้ส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม จากภาระต่างๆที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งหารายได้ และการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาในประชากรในเขตบริการสุขภาพที่ 5

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในระดับทั่วไปขึ้นไปที่มีคลินิกจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในระดับทั่วไปขึ้นไปที่มีคลินิกจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5 อยู่ในขั้นตอนการคัดเลือกแล้วซึ่งประกอบด้วย 3 โรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย
2. อายุ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย
3. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้องหรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ
4. สามารถพูดคุยสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย
2. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทอายุ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย
3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ไม่สามารถดำเนินการประเมินต่อได้

**การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง**

ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$n = 10k + 50 \quad (n = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \quad k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$n = (10 \times 15) + 50$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ (Dillman, 2000) ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10% เท่ากับ 220 คน

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท 220+ 220 รวมจำนวน 440 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างมาจากจำนวนผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกันดังนั้นการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจึงใช้วิธีการเดียวกันและมีจำนวนเท่ากัน



### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling)

1. ผู้วิจัยสำรวจจังหวัดที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 5 พบว่า มีทั้งหมด 8 จังหวัด คือ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี จากนั้นทำการสุ่มเลือกจังหวัดโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากจำนวน 3 จังหวัดแบบไม่แทนที่ จากทั้งหมด 8 จังหวัด ซึ่งผลการสุ่มได้ จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดราชบุรี และจังหวัดนครปฐม

2. จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากโรงพยาบาลในระดับทั่วไปขึ้นไปที่มีคลินิกจิตเวช จาก 3 จังหวัด จึงได้ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion criteria ที่กำหนดไว้

เนื่องจากประชากรในแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน จึงแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล จากการสำรวจประชากรของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการคลินิกจิตเวช จำนวนผู้ป่วยในปี 2558 ดังนี้

#### ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	526	62
โรงพยาบาลราชบุรี	2,041	244
โรงพยาบาลนครปฐม	1,090	132
รวม	จำนวน 3,657 คน	รวมจำนวน 440 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อความถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินระดับความเครียด ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียดของ โรงพยาบาล สอนปรุง กรมสุขภาพจิตพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถ์รัตนกุล และคณะ (2540) มาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา แบบวัดนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อความถามจำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเครียดเป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานประมาณค่า ตั้งแต่ “ไม่เลย” “เล็กน้อย” “ปานกลาง” “มาก” “มากที่สุด” ผู้ตอบจะได้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน

### เกณฑ์การให้คะแนน

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

**การแปลผล** คะแนนระดับความเครียด สุวัฒน์ มหัตถ์รัตนกุล และคณะ (2540) จะแบ่งออกเป็นระดับดังนี้

- 1-24 คะแนน หมายถึง มีความเครียดต่ำ
- 25-42 คะแนน หมายถึง มีความเครียดปานกลาง
- 43-61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดสูง
- ตั้งแต่คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดรุนแรง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินระดับความเครียด ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปีจำนวน 1 คน อาจารย์

พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คนพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 3 คน จากนั้นนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำเครื่องมือดังกล่าวคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ค่าที่ยอมรับได้คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .80 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ซึ่งสามารถคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินระดับความเครียดโดยรวมได้เท่ากับ 1.0

## 2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียดที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ใช้เกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit & Beck, 2010) ค่าที่ได้เท่ากับ .93

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA) (Beck, 1967) แปลเป็นภาษาไทย โดย มุกดา ศรียงค์ (2522) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (Self rating scale) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือกตอบ มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ดังนี้

### เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่เลย	= 0
บางครั้ง	= 1
บ่อยๆ	= 2
เป็นประจำ	= 3

**การแปลผล** คะแนนที่ได้ Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA) (Beck, 1967) จะแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

0-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ

10-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

6-19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

20-29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก

30-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คนพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 3 คน จากนั้นนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำเครื่องมือดังกล่าวคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85

โดยประเด็นอื่นๆที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับข้อคำถามบางข้อเนื่องจากมีความหมายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านแล้วเกิดความสับสนในข้อคำถาม โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจง่ายขึ้นจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

**ข้อที่ 2** 2 คะแนน “ฉันรู้สึกไม่มีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป” แก้เป็น “ฉันรู้สึกไม่มีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป ทำให้รู้สึกท้อแท้มาก”

3 คะแนน “ฉันรู้สึกไม่มีความหวัง ในอนาคตและไม่สามารถทำให้มันดีขึ้นได้” แก้เป็น “ฉันรู้สึกไม่มีความหวังในอนาคต และรู้สึกท้อแท้อย่างมาก ไม่สามารถทำให้มันดีขึ้นได้”

**ข้อที่ 5** 2 คะแนน “ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา” แก้เป็น “ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา”

**ข้อที่ 7** 2 คะแนน “ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียนในตนเอง” แก้เป็น “ฉันรู้สึกผิดหวังในตนเองมาก”

3 คะแนน “ฉันเกลียดตัวเอง” แก้เป็น “ฉันเกลียดตนเองมาก”

**ข้อที่ 9** 0 คะแนน “ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย” แก้เป็น “ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าฉันอ่อนแอกว่าคนอื่น”

**ข้อที่ 10** 2 คะแนน “ทุกวันนี้ฉันร้องไห้เสมอ” แก้เป็น “ฉันร้องไห้เสมอ”

3 คะแนน “ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องไห้” แก้เป็น “ฉันร้องไห้ทุกวันตลอดเวลา และร้องบ่อยมาก”

## 2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ใช้เกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit & Beck, 2010) ค่าที่ได้เท่ากับ .92

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดย เทียนทอง ทาระบุตร (2555) ซึ่งเป็นข้อคำถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อ คือ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือ ข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือ ข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือ ข้อ 16-20 การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 4 ข้อ คือ ข้อ 21-24 วัดมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ “น้อยที่สุด” “น้อย” “ปานกลาง” “มาก” “มากที่สุด” ผู้ตอบจะได้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

### เกณฑ์การให้คะแนน

น้อยที่สุด	= 1
น้อย	= 2
ปานกลาง	= 3
มาก	= 4
มากที่สุด	= 5

**การแปลผล** คะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) จะแบ่งออกเป็นระดับดังนี้

- 24-55 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
- 56-88 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- 89-120 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คนพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 3 คน จากนั้นนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำเครื่องมือดังกล่าวคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

โดยประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับข้อคำถามบางข้อเนื่องจากมีความหมายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านแล้วเกิดความสับสนในข้อคำถาม โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจง่ายขึ้นจำนวน 2 ข้อ ดังนี้

**ข้อที่ 14** “บุคคลรอบข้างให้การยอมรับเมื่อท่านช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ” แก้เป็น “บุคคลรอบข้างให้การยอมรับและรับฟัง เมื่อท่านช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ”

**ข้อที่ 22** “เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้” แก้เป็น “เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาลได้”

### 2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ใช้เกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit & Beck, 2010) ค่าที่ได้เท่ากับ .95

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) แปลเป็นภาษาไทย

โดย สิริยา สัมมาวาจ (2532) พัฒนาโดย มยุรี กลับวงษ์ (2552) มี 22 ข้อคำถาม แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ตัดข้อคำถามที่มีความหมายซ้ำซ้อนกันออก คือ ข้อ 6 ซ้ำซ้อนกับ ข้อ 15 แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมี 21 ข้อคำถาม

ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 3 ด้าน คือ

ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 3 7 12 13 15 19 และตัดข้อคำถามที่มีความหมายซ้ำซ้อนกันออก คือ ข้อ 6 “การดูแลผู้ป่วยตลอดวัน ทำให้ฉันรู้สึกเครียด” ซ้ำซ้อนกับ ข้อ 15 “การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ฉันรู้สึกเครียดมากขึ้น”

ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (depersonalization) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 9 10 14 21

ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (personal accomplishment) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 6 8 11 16 17 18 20

แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายเป็นเครื่องมือวัดแบบประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 จากคำตอบ เกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 มาตรา

#### เกณฑ์การให้คะแนน

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

**การแปลผล** จะแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านออกเป็น ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ใช้เกณฑ์คิดคะแนนของ Maslach & Jackson (1986) การแปลผลระดับความเหนื่อยหน่ายในด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลจะกลับคะแนน เนื่องจากเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งนี้เพื่อสะดวกต่อการแปลผล สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับคะแนนการแปลผลระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ใหม่ตามสัดส่วนเดิม เนื่องจากมีการตัดข้อคำถามในด้านนี้ออก 1 ข้อโดยผู้วิจัยใช้สัดส่วนการแบ่งคะแนนใหม่ ดังตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 การแปลผลระดับความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยหน่าย	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	0-14 คะแนน	15-23คะแนน	24 คะแนนขึ้นไป
ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น	0-6 คะแนน	7-12 คะแนน	13 คะแนนขึ้นไป
ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล	39 คะแนนขึ้นไป	32-38 คะแนน	0-31 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คนพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 3 คน จากนั้นนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำเครื่องมือดังกล่าวคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85

โดยประเด็นอื่นๆที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้คำถามมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับคำถามบางข้อเนื่องจากมีความหมายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านแล้วเกิดความสับสนในคำถาม โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจง่ายขึ้นจำนวน 3 ข้อ ดังนี้

**ข้อที่ 3** “ฉันรู้สึกเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและเมื่อนึกถึงว่าต้องดูแลผู้ป่วยอีก” แก้เป็น “ฉันรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและเมื่อนึกถึงว่าต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอีก”

**ข้อที่ 18** “ฉันประสบความสำเร็จที่มีคุณค่ามากมายจากการได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย” แก้เป็น “ฉันรู้สึกตัวฉันมีคุณค่าที่ได้ดูแลผู้ป่วย”

**ข้อที่ 21** “ฉันรู้สึกที่ได้รับคำตำหนิจากผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง” แก้เป็น “ฉันมักจะได้รับคำตำหนิจากผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง”



## 2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหนื่อยหน่ายที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ใช้เกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit & Beck, 2010) ค่าความเที่ยงแบบประเมินความเหนื่อยหน่ายรวมด้านได้เท่ากับ .87 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ค่าที่ได้เท่ากับ .97 ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นค่าที่ได้เท่ากับ .81 ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลค่าที่ได้เท่ากับ .92

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS-T) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภท ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพสูง โดยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านบวก (Positive symptom) 7 อาการ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) ความคิดสับสน 3) อาการประสาทหลอน 4) ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งทำร้าย 5) ความคิดสับสน พุดไม่เป็นเรื่องเดียวกัน พุดหลากหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน 6) ตื่นเต้นกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง 7) ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตร โดยผู้ประเมินจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยให้ค่าคะแนนเป็น 1-7 คะแนนจาก “ไม่มีอาการ” “มีอาการขั้นต่ำสุด” “มีอาการเล็กน้อย” “มีอาการปานกลาง” “มีอาการค่อนข้างรุนแรง” “มีอาการรุนแรง” และ “มีอาการรุนแรงมาก” ตามลำดับ

### เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่มีอาการ	= 1	คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	= 2	คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	= 3	คะแนน
มีอาการปานกลาง	= 4	คะแนน
มีอาการค่อนข้างรุนแรง	= 5	คะแนน
มีอาการรุนแรง	= 6	คะแนน
มีอาการรุนแรงมาก	= 7	คะแนน

**การแปลผล** คะแนน Positive Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7-49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบจาก Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนนใน Composite Scale เป็นบวก (>0) จะถูกจัดเป็นอาการทางบวก

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS-T) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปีจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คนพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 3 คน จากนั้นนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำเครื่องมือดังกล่าวคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

โดยประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น

### 2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS-T) ที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ใช้เกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit & Beck, 2010) ค่าที่ได้เท่ากับ .89

**ส่วนที่ 7** แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภท ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพสูง โดยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านลบ (Negative symptom) 7 อาการ ได้แก่ 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ 2) มีอารมณ์เฉยเมย 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง 4) แยกตัวออกจากสังคม 5) มีปัญหาในการใช้ความคิด เป็นนามธรรม 6) การสนทนาเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นธรรมชาติ และขาดการสนทนาต่อเนื่อง 7) การคิดอย่างตายตัวโดยไม่ยอมเปลี่ยนความคิด โดยผู้ประเมินจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยให้ค่าคะแนนเป็น 1-7 คะแนนจาก “ไม่มีอาการ” “มีอาการขั้นต่ำสุด” “มีอาการ

เล็กน้อย” “มีอาการปานกลาง” “มีอาการค่อนข้างรุนแรง” “มีอาการรุนแรง” และ “มีอาการรุนแรงมาก” ตามลำดับ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่มีอาการ	= 1	คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	= 2	คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	= 3	คะแนน
มีอาการปานกลาง	= 4	คะแนน
มีอาการค่อนข้างรุนแรง	= 5	คะแนน
มีอาการรุนแรง	= 6	คะแนน
มีอาการรุนแรงมาก	= 7	คะแนน

**การแปลผล** คะแนน Negative Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7-49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบจาก Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนนใน Composite Scale เป็นลบ (<0) จะถูกจัดเป็นอาการทางลบ

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาคีวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คนพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 3 คน จากนั้นนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำเครื่องมือดังกล่าวคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

โดยประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้คำถามมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น

## 2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T) ที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ใช้เกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .8 (Polit & Beck, 2010) ค่าที่ได้เท่ากับ .82

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ซึ่งได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และคณะกรรมการของแต่ละโรงพยาบาลได้ขอใบอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพิ่มตามภายหลัง รายละเอียด ดังนี้

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในวันที่ 8 สิงหาคม 2559

โรงพยาบาลราชบุรี ในวันที่ 25 สิงหาคม 2559

โรงพยาบาลนครปฐม ในวันที่ 9 กันยายน 2559

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในวันที่ 27 กันยายน 2559

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงบาล ผู้วิจัยนัดหมายและเข้าพบกับหัวหน้าคลินิกจิตเวชในการเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

4. นำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อผู้ดูแลและผู้ป่วยยินดี

เข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามส่วนที่1-5ให้ผู้ดูแลเข้าใจและดำเนินการให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และอ่านให้ผู้ดูแลที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ แบบสอบถามมีจำนวน 108 ข้อ จะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที และหากมีข้อสงสัยใดระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในระหว่างที่ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินในส่วนที่6และส่วนที่7 โดยวิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต โดยแบบประเมินจะมีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ จะใช้เวลาในการประเมินประมาณ 20-30 นาที โดยจะใช้ช่วงเวลาการประเมินในระหว่างรอแพทย์ตรวจ

5. ในกรณีที่ผู้ป่วยถึงคิวเข้ารับการตรวจ จะให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยเข้ารับการตรวจให้เรียบร้อยก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอีกครั้งหลังจากการตรวจ ในส่วนของผู้ป่วยจะขออนุญาตประเมินผู้ป่วยหลังจากการตรวจเรียบร้อยแล้วเช่นกัน

6. ผู้วิจัยจะตรวจสอบแบบสอบถามทุกรายก่อนแยกจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากไม่ครบ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและซักถามเพิ่มเติม ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามของผู้ดูแลที่มีคะแนนมากกว่าเกณฑ์ปกติ เช่น ความเครียด ความเหนื่อยหน่าย ฯลฯ ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ทักษะการคลายเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึก จากนั้นจะส่งข้อมูลต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล และในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย หากผู้วิจัยจะตรวจสอบแบบประเมินแล้วพบว่าแบบประเมินมีคะแนนมากกว่าเกณฑ์ปกติ จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาลและระหว่างการประเมินหากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรู้สึกกระตือรือร้นทางจิตใจมีอาการเครียด โดยผู้วิจัยประเมินอาการที่เกิดขึ้นด้วยการสังเกตความเครียดในขณะนั้นจากผู้ป่วยโดยตรง หากผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้คือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็ม หงุดหงิด สับสน คิดอะไรไม่ออก ผู้วิจัยอนุญาตให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหยุดการสัมภาษณ์ทันที พร้อมทั้งผู้วิจัยให้การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ทักษะการคลายเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการดีขึ้น มีสิทธิให้ประเมินต่อหรือบอกเลิกการประเมินได้ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 11 เดือนสิงหาคม 2559

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลพระพุทธเลิศหล้า และโรงพยาบาลนครปฐม เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านรายละเอียดให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจะทำการลงรหัสข้อมูล นำข้อมูลไปลงในโปรแกรม และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม อาการทางบวก และอาการทางลบ โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษากับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติ Chi-Square Test และสถิติ likelihood Ratio

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ระหว่าง ปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการเปรียบเทียบค่า  $r$  โดยการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553)

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.0-0.2 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.2-0.4 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำ

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.4-0.6 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.6-0.8 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูง

เมื่อ  $r$  มีค่า 0.8-1.0 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูงมาก

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินทั้ง 7 ส่วน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ป่วยจิตเภท รวมจำนวน 440 คน จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ใน 3 จังหวัด ประกอบด้วย โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม และโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

**ตอนที่ 1** ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3

**ตอนที่ 2** ระดับความเหนื่อยหน่าย ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยหา ค่าเฉลี่ย  $\bar{X}$  และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4-9

**ตอนที่ 3** ศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษากับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติ Chi-Square Test และใช้สถิติ likelihood Ratio แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 10

**ตอนที่ 4** ศึกษาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 11

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
 ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
 จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ  
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=220)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	59	26.8
หญิง	161	73.2
<b>อายุ (<math>\bar{X}</math> =51.95 ,SD =13.46)</b>		
20-40	49	22.3
41-60	107	48.6
> 60	64	29.1
<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (<math>\bar{X}</math> =11.30 ,SD =9.20)</b>		
1-5	78	35.5
6-10	61	27.7
11-15	27	12.3
16-20	29	13.2
>20	25	11.4
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	25	11.4
คู่	145	65.9
หม้าย	35	15.9
หย่าร้าง	10	4.5
แยกกันอยู่	5	2.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	109	49.5
มัธยมศึกษา	65	29.5
อนุปริญญา	16	7.3
ปริญญาตรี	19	8.6



ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=220)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.8
ไม่ได้เรียน	7	3.2
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ	12	5.5
รับจ้างทั่วไป	75	34.1
ค้าขาย	48	21.8
เกษตรกรกรรม	43	19.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	42	19.1
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		
ไม่มี	22	10.0
มี	198	90.0
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000	66	30.0
5,001-10,000	67	30.5
10,001 ขึ้นไป	65	29.5
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
บิดา/มารดา	87	39.5
ภรรยา/สามี	28	12.7
พี่น้อง	68	30.9
บุตร	37	16.8

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวน 220 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.2 มีอายุเฉลี่ย 51.95 กลุ่มอายุที่มากที่สุดเป็นกลุ่มอายุผู้ใหญ่ตอนกลาง คืออายุ 41-60 ร้อยละ 48.6 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 11.30 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 65.9 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ที่สุด ร้อยละ 49.5 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 34.1 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 คิดเป็นร้อยละ 30.5 และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยร้อยละ 39.5

ตอนที่ 2 ระดับความเหนื่อยหน่าย ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท  
ตารางที่ 4 ผลคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220)

ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล	$\bar{X}$	SD
<b>ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์</b>	2.35	2.01
1) การดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่ ทำให้ฉันรู้สึกจิตใจท้อเหี่ยว		
2) ฉันรู้สึกหมดแรงหลังจากดูแลผู้ป่วย	2.15	2.01
3) ฉันรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและเมื่อนึกถึงว่าต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอีก	2.14	1.98
7) ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่	2.40	2.05
12) ฉันคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วย	1.98	1.95
13) ฉันรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่ หนักมากเกินไป	2.01	2.01
15) การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ฉันรู้สึกเครียดมากขึ้น	2.09	2.00
19) ฉันรู้สึกหมดความอดทนที่จะดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป	0.35	0.68
<b>รวม</b>	16.94	13.89
<b>ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น</b>		
5) บางครั้งฉันรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของเขา	2.07	1.51
9) ฉันรู้สึกว่าจิตใจของฉันหยาบกระด้างต่อผู้คนมากขึ้นนับตั้งแต่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	1.40	1.53
10) ฉันรู้สึกกังวลว่าถ้าฉันทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไปจะทำให้จิตใจของฉันแข็งกระด้างมากขึ้น	1.43	1.52
14) ฉันไม่สนใจอะไรที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย	1.70	1.46
21) ฉันมักจะรับคำตำหนิจากผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง	1.28	1.68
<b>รวม</b>	7.88	5.28
<b>ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จผู้ดูแล</b>		
4) ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้ดี	3.51	1.37
6) ฉันสามารถช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.75	1.18
8) ฉันรู้สึกแน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่มีคุณประโยชน์ต่อชีวิตผู้ป่วย	3.95	1.23
11) ฉันรู้สึกเปี่ยมไปด้วยพลังในการดูแลผู้ป่วย	3.49	1.39
16) ฉันสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับผู้ป่วย และคนรอบข้างได้ง่าย	3.24	1.40
17) ฉันรู้สึกเป็นสุขใจจากการได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย	3.61	1.36
18) ฉันรู้สึกว่าตัวฉันมีคุณค่าที่ได้ดูแลผู้ป่วย	4.06	1.09
20) ในการดูแลผู้ป่วย ฉันสามารถควบคุมอารมณ์ได้	3.76	1.33
<b>รวม</b>	29.36	7.26

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน

ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 16.94 โดยข้อคำถามข้อ 7) ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 2.40 และแปรผลระดับความเหนื่อยหน่ายด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ

ด้านความกรมองข้ามความบุคคลของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 7.88 โดยข้อคำถามข้อ 5) บางครั้งฉันรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของเขา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 2.07 และแปรผลระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความกรมองข้ามความบุคคลของผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ

ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 29.36 โดยข้อคำถามข้อ 18) ฉันรู้สึกว่าตัวฉันมีคุณค่าที่ได้ดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.06 และแปรผลระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 5 ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220)

ระดับความเครียดของผู้ดูแล ( $\bar{X}$ =37.88, SD =12.94, Range20-84)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	35	15.9
ระดับปานกลาง	117	53.2
ระดับสูง	55	25.0
รุนแรง	13	5.9

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 37.88 ระดับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 55 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.0 อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 และมีระดับความเครียดรุนแรง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220)

ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ( $\bar{X}$ =6.72, SD =7.45, Range=0-36)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปกติ	166	76.0
ระดับน้อย	24	11.0
ระดับปานกลาง	14	6.0
ระดับมาก	12	5.0
รุนแรง	4	2.0

จากตารางที่ 6 พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.72 ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าระดับ ร้อย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 11.0 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 และ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ( $\bar{X}$ =78.61, SD=14.78, Range=46-119)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	14	6.4
ระดับปานกลาง	152	69.1
ระดับสูง	54	24.5

จากตารางที่ 7 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.61 การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมาคือมีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 และมีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220)

อาการทางบวก	จำนวน	ร้อยละ	range	$\bar{X}$	SD
Composite Scale					
> 0 อาการทางบวก	49	22.3	7-46	13.55	8.57

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน มีอาการเด่นจัดเป็นอาการทางบวก จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 22.3

ตารางที่ 9 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220)

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ	range	$\bar{X}$	SD
Composite Scale					
< 0 อาการทางลบ	144	65.5	7-40	18.61	8.42

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน มีอาการเด่นจัดเป็นอาการทางลบ จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5

ตอนที่3 ศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษากับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ ใช้สถิติ likelihood Ratio

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ ใช้สถิติ likelihood Ratio (n=220)

ลักษณะพื้นฐาน	ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์						p-value
	ระดับต่ำ (n = 111)		ระดับปานกลาง (n = 34)		ระดับสูง (n = 75)		
	n	%	n	%	n	%	
เพศ							0.273
ชาย	35	31.5%	8	23.5%	16	21.3%	
หญิง	76	68.5%	26	76.5%	59	78.7%	
สถานภาพสมรส							0.180
โสด	13	11.7%	5	14.7%	7	9.3%	
คู่	80	72.1%	20	58.8%	45	60.0%	
หม้าย/หย่า/แยก	18	16.2%	9	26.5%	23	30.7%	
ระดับการศึกษา							<0.001*
ประถมศึกษา	43	38.7%	13	38.2%	53	70.7%	
มัธยมศึกษา	41	36.9%	14	41.2%	10	13.3%	
อนุปริญญา	7	6.3%	4	11.8%	5	6.7%	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	18	16.2%	2	5.9%	3	4.0%	
ไม่ได้เรียน	2	1.8%	1	2.9%	4	5.3%	

<.05p

ตารางที่ 10 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับความเหนื่อยหน่ายของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ ใช้สถิติ likelihood Ratio (n=220)

ลักษณะพื้นฐาน	ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคล						p-value
	ระดับต่ำ (n = 97)		ระดับปานกลาง (n = 77)		ระดับสูง (n = 46)		
	n	%	n	%	n	%	
เพศ							0.303
ชาย	31	32.0%	17	22.1%	11	23.9%	
หญิง	66	68.0%	60	77.9%	35	76.1%	
สถานภาพสมรส							0.424
โสด	12	12.4%	11	14.3%	2	4.3%	
คู่	66	68.0%	47	61.0%	32	69.6%	
หม้าย/หย่า/แยก	19	19.6%	19	24.7%	12	26.1%	
ระดับการศึกษา							0.003*
ประถมศึกษา	38	39.2%	36	46.8%	35	76.1%	
มัธยมศึกษา	34	35.1%	26	33.8%	5	10.9%	
อนุปริญญา	7	7.2%	5	6.5%	4	8.7%	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15	15.5%	7	9.1%	1	2.2%	
ไม่ได้เรียน	3	3.1%	3	3.9%	1	2.2%	

<.05p

ตารางที่ 10 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับความเหนื่อยหน่ายของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ ใช้สถิติ likelihood Ratio (n=220)

ลักษณะพื้นฐาน	ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล						p-value
	ระดับต่ำ (n = 16)		ระดับปานกลาง (n = 69)		ระดับสูง (n = 135)		
	n	%	n	%	n	%	
เพศ							0.577
ชาย	6	37.5%	17	24.6%	36	26.7%	
หญิง	10	62.5%	52	75.4%	99	73.3%	
สถานภาพสมรส							0.504
โสด	4	25.0%	7	10.1%	14	10.4%	
คู่	10	62.5%	46	66.7%	89	65.9%	
หม้าย/หย่า/แยก	2	12.5%	16	23.2%	32	23.7%	
ระดับการศึกษา							0.002*
ประถมศึกษา	3	18.8%	26	37.7%	80	59.3%	
มัธยมศึกษา	9	56.3%	27	39.1%	29	21.5%	
อนุปริญญา	1	6.3%	3	4.3%	12	8.9%	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	18.8%	11	15.9%	9	6.7%	
ไม่ได้เรียน	0	.0%	2	2.9%	5	3.7%	

<.05p

จากตารางที่10 พบว่า เพศ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์ กับระดับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน ส่วนระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ กับระดับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



ตอนที่ 4 ศึกษาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่าง ปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางบวก และอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (n=220)

ปัจจัยคัดสรร	ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน							
	ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์		ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น		ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล		รวมทุกด้าน	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
อายุ	0.264*	<0.001	0.175*	0.009	0.019	0.777	0.285*	<0.001
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	0.079	0.242	0.100	0.139	-0.010	0.888	0.094	0.165
ความเครียด	0.308*	<0.001	0.398*	<0.001	-0.283*	<0.001	0.260*	<0.001
ภาวะซึมเศร้า	.137*	0.042	0.124	0.065	-0.123	0.070	0.101	0.137
การสนับสนุนทางสังคม	-0.415*	<0.001	-0.330*	<0.001	0.244*	<0.001	-0.346*	<0.001
อาการทางบวก	0.347*	<0.001	0.347*	<0.001	-0.313*	<0.001	0.263*	<0.001
อาการทางลบ	0.287*	<0.001	0.269*	<0.001	-0.139*	0.040	0.265*	<0.001

\* p<.05



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ความเครียด ภาวะซึมเศร้า อาการทางลบและอาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การให้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การให้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งประชากรในเขตนี้มีบริบทในการดูแล คือ มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลายอย่าง ทั้งการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆและต้องออกไปทำงานนอกบ้าน อาชีพของผู้ดูแลในเขตนี้ส่วนใหญ่ทำอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม จากภาระต่างๆที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งหารายได้ และการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาในประชากรในเขตบริการสุขภาพที่ 5

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลใน ระดับทั่วไปขึ้นไปที่มีคลินิกจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจาก จิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลในระดับทั่วไปขึ้นไปที่มี คลินิกจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

#### ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย
2. อายุ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย
3. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ
4. สามารถพูดคุยสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

#### ผู้ป่วยจิตเภท

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย
2. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทอายุ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย
3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินระดับความเครียด ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียดของ โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิตพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัทธน์กุล และคณะ (2540) มาประยุกต์ใช้ให้ สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา แบบวัดนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 1.00 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory II (1976) แปลเป็นภาษาไทย โดย มุกดา ศรียงค์ (2522) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (Self rating scale) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ ความตรงของเนื้อหา Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ .85 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดย เทียนทอง ทาระบุตร (2555) ซึ่งเป็นข้อคำถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 1.00 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) แปลเป็นภาษาไทย โดย สิริยา สัมมาวาจ (2532) พัฒนาโดย มยุรี กลั้ววงษ์ (2552) มี 21 ข้อคำถาม ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ .85 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงแบบประเมินความเหนื่อยหน่ายรวมด้านได้เท่ากับ .87 ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ค่าที่ได้เท่ากับ .97 ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นค่าที่ได้เท่ากับ .81 ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลค่าที่ได้เท่ากับ .92

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS-T) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภท ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพสูง โดยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านบวก (Positive symptom) 7 อาการ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) ความคิดสับสน 3) อาการประสาทหลอน 4) ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งทำร้าย 7) ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตรโดยผู้ประเมินจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 1.00 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

**ส่วนที่ 7** แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภท ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการทางจิตที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพสูง โดยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยด้านลบ (Negative symptom) 7 อาการ ได้แก่ 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ 2) มีอารมณ์เฉยเมย 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง 4) แยกตัวออกจากสังคม 5) มีปัญหาในการใช้ความคิด เป็นนามธรรม 6) การสนทนาเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นธรรมชาติ และขาดการสนทนาต่อเนื่อง 7) การคิดอย่างตายตัวโดยไม่ยอมเปลี่ยนความคิด ความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ได้เท่ากับ 1.00 และแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลราชบุรี โดยหมุนเวียนกันไปในแต่ละโรงพยาบาลตามช่วงวัน-เวลาที่ทางคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาล กำหนดการให้บริการ ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม 2559 ถึงวันที่ 13 ตุลาคม 2559 รวมเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 2 เดือน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังได้ข้อมูลครบถ้วนตามกำหนด ผู้วิจัยได้ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม อาการทางบก และอาการทางลบ โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษากับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติ Chi-Square Test และสถิติ likelihood Ratio
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient)

## สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาความเหนื่อยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.2 มีอายุเฉลี่ย 51.95 กลุ่มอายุที่มากที่สุดเป็นกลุ่มอายุผู้ใหญ่ตอนกลาง คืออายุ 41-60 ร้อยละ 48.6 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 11.30 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 65.9 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมมากที่สุด ร้อยละ 49.5 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 34.1 ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 คิดเป็นร้อยละ 30.5 และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยร้อยละ 39.5

2. ระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านความการมองข้ามความบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 ( $\bar{x}=37.88$  ,  $SD = 12.94$ ) ภาวะซึมเศร้า พบภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ จำนวน 166 คน ร้อยละ 76.0 ( $\bar{x}=6.72$ ,  $SD = 7.45$ ) การสนับสนุนทางสังคม พบการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง จำนวน 152 คน ร้อยละ 69.1 ( $\bar{x}=78.61$ ,  $SD = 14.78$ ) อาการทางบวก พบอาการทางบวกจำนวน 49 คน ร้อยละ 22.3 ( $\bar{x}=13.55$ ,  $SD = 8.56$ ) อาการทางลบ พบอาการทางลบจำนวน 144 คน ร้อยละ 65.5 ( $\bar{x}=18.61$ ,  $SD = 8.42$ )

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ตามสมมติฐานการวิจัย พบดังนี้

3.1 เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1.1 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ (Chi-Square Test) พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.1.2 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ(Chi-Square Test) พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.1.3 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ likelihood Ratio พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.2 อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.2.1 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.285$  ,  $p<.05$  ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าหากผู้ดูแลมีอายุมากขึ้นจะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.2 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกทางสถิติกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.2.3 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r= -0.346$ ,  $p<.05$  ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายลดลง

3.3 ความเครียด ภาวะซึมเศร้า อาการทางลบ และอาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1.1 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.260$  ,  $p<.05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าความเครียดอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.1.2 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient) พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.1.3 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient) พบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.265$  ,  $p<.05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าอาการทางลบอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น



3.1.4 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson' Product-Moment Correlation Coefficient) พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.268$  ,  $p<.05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าอาการทางบวกอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

#### 1. เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการเก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจในคลินิกจิตเวช ที่โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 220 ราย พบว่าระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยรวม 16.94 (โดยข้อคำถามข้อ 7) ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 2.40 อยู่ในระดับต่ำ ด้านความการมองข้ามความบุคคลของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยรวม 7.88 (โดยข้อคำถามข้อ 5) ฉันรู้สึกว่บางครั้งฉันรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของเขา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 2.07 และอยู่ในระดับต่ำ ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยรวม 29.36 (โดยข้อคำถามข้อ 18) ฉันรู้สึกว่ตัวฉันมีคุณค่าที่ได้ดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.06 อยู่ในระดับสูง จากระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งสามด้าน พบว่าด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและเป็นระยะยาวนาน ต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยหลายอย่าง และต้องใช้พลังกำลังอย่างมากในขณะที่อายุมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ญาติจะรู้สึกว่ตัวเองดูแลได้ไม่ดี ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ คิดว่าตนเองไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ท้อแท้ หหมดแรง หหมดกำลังใจ เกิดความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยที่ดูจะมีความสอดคล้อง คือการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536) ซึ่งผู้ดูแลมีบริบทคล้ายคลึงกันกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นโรคเรื้อรัง ระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับไม่มีถึงระดับต่ำ ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเหน็ดเหนื่อยทั้งทางร่างกาย และจิตใจอย่างมากในการกระทำกิจกรรมการดูแล และต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ

เวลานาน จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และมีความเหนื่อยหน่าย

**2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**

**เพศ** จากการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าผู้ดูแลเพศหญิงและเพศชายมีความเหนื่อยหน่ายไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Tel et al. (2013) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ คันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความเหนื่อยหน่ายไม่แตกต่างกันเนื่องจากสภาพการทำงาน งานการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นเพศไหนก็มีสภาพการปฏิบัติงานคล้ายๆกัน และการแสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดความเหนื่อยหน่ายก็ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งในสังคมปัจจุบันเพศหญิงและเพศชายมีความเท่าเทียมกันในด้านกฎหมาย การศึกษา อาชีพ และสังคม (Muulder, 1990; Rajiadhon, 1998 อังโน ศรีเรือน แก้วกัจฉาน, 2534)

**อายุ** จากการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $r=0.285$  ,  $p<.05$ ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ที่อายุมากจะมีความเหนื่อยหน่ายมาก เนื่องจากอายุเฉลี่ยของผู้ดูแลส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยหลายอย่างจากการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและเป็นระยะยาวนาน และต้องใช้พลังกำลังอย่างมากในขณะที่อายุมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ญาติจะรู้สึกว่าเป็นตัวเองดูแลได้ไม่ดี ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มที่ คิดว่าตนเองไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ท้อแท้หมดแรง หมดกำลังใจ เกิดความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536) แตกต่างจาก Maslach (1986) ที่ได้กล่าวว่าอายุเป็นตัวสะท้อนประสบการณ์ในการทำงาน บุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มาก รู้จักใช้ชีวิต มีวุฒิภาวะสูง สุขุมรอบคอบ และสามารถปรับตัวสอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากยิ่งขึ้น โอกาสที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายจึงน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

**สถานภาพสมรส** จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Ahmet et al. (2015) ได้ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีสถานะ หม้าย หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 11 จะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าผู้ที่มีสถานะสมรสอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เมื่อเกิดปัญหาหรือการคับข้องใจหรือต้องเผชิญความเครียดในการดูแลผู้ป่วย บุคคลที่สมรสแล้วก็จะได้รับความช่วยเหลือ และคำปรึกษาจากครอบครัว ส่วนบุคคลที่เป็นโสดก็จะได้รับความเห็นอกเห็นใจ และได้รับการช่วยเหลือจากญาติ พ่อแม่ พี่น้อง และมีการผลัดเปลี่ยนหน้าที่กันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536) เนื่องจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดจะมีลักษณะทางสังคมคล้ายคลึงกัน เป็นบุคคลที่เผชิญกับความเครียดในสถานการณ์เดียวกัน จึงทำให้บุคคลมีการรับรู้และเข้าใจในความทุกข์ของผู้ที่ตกอยู่ในสถานการณ์นั้นได้ดี ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Thomas, 1982)

**ระดับการศึกษา** จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tel et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 10.7 จะมีความเหนื่อยหน่ายสูงอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากการศึกษาเป็นตัวช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ และทำให้มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานมาก และมักจะตั้งความหวังไว้สูง ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจเกิดความเหนื่อยหน่ายได้มากกว่า (Maslach, 1986)

**ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย** จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.30 ปี กลุ่มที่มีระยะเวลาในการดูแลมากที่สุดคือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.5 แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าจะในช่วงระยะเวลาไหนก็ไม่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ ซึ่งแตกต่างจาก Maslach (1986) ที่กล่าวว่า บุคคลที่ปฏิบัติงานมานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานระยะสั้น ทั้งนี้เกิดจากวัยวุฒิและประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้มีการปรับตัวและมีการมองการณ์ไกล สุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานมายาวนานมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในระยะสั้น แต่มีการสอดคล้องกับการศึกษาของ เทียนทอง หาระบุตร (2555) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลสามารถ

ปรับตัวต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถรักษาพลังใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ความเครียด** จากการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $r=0.260, p<.05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล พบว่าตัวแปรความเครียดเป็นตัวแปรโดยตรงที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงจะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูง อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลต้องเผชิญอยู่ในสถานการณ์ของการดูแลโดยตรง และต้องทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสภาพร่างกายทรุดโทรม (นันทิกา ทวีชาชาติ, 2539) ปฏิกริยาเหล่านี้แสดงให้เห็น ถึงการที่ผู้ดูแลมีปฏิกริยาตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจต่อความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ถ้าผู้ดูแลต้องเผชิญความเครียดเป็นระยะเวลายาวนาน ต่อเนื่อง และเมื่อความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น จากหลายสาเหตุใช้เวลาเดียวกันจนไม่สามารถปรับตัวได้อีกต่อไป ทำให้มีภาวะอ่อนล้า หมดกำลังใจในการที่จะสู้กับปัญหาและจัดการกับความเครียด (Selye, 1956) ความเครียดในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสมาชิกจะได้รับผลกระทบ และต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดความเครียดรุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยด้วย (Baker, 1989)

**ภาวะซึมเศร้า** จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์ กับความเหนื่อยหน่าย ไม่เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Tel et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน จนสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามลดลง กว่าในระยะแรกที่ผู้ดูแลได้รับรู้ว่าต้องดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยหน่าย อ่อนเพลียทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เกิดความรู้สึกหมดหวัง ขาดความสนใจ และขาดความกระตือรือร้นในการทำงานและการดำเนินชีวิต (Pines, 1981)

**การสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $r= -0.346, p<.05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmet et al. (2015) ได้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Maslach (1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่า และช่วยให้บุคคลสามารถได้รับความช่วยเหลือ ได้ข่าวสารใหม่ๆ ทักชะความชำนาญ การ

เรียนรู้ การประคับประคองทางอารมณ์ และพบว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี เพราะฉะนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ จึงทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความเหนื่อยหน่ายลดลง (Ahmet et al., 2015)

**อาการทางลบ** จากการศึกษาพบว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $r=0.265$  ,  $p<.05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmet et al. (2015) ได้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากบุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จะมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกือบทุกด้าน ผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมการแยกตัว ซึมเศร้า เคลื่อนไหวน้อย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมใดๆ ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกขุทรมาน เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้

**อาการทางบวก** จากการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ( $r=0.268$  ,  $p<.05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ตันติมา ดวงโยธา (2553) ที่ค้นพบว่าลักษณะอาการทางจิตที่มีอาการรุนแรง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ Noh and Turner (1982) กล่าวไว้ว่า ความยุ่งยากในการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ดูแล คือผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย เนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552)

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับความเหนื่อยหน่าย ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรจัดโปรแกรมที่เน้นการเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีการจัดโปรแกรมที่เน้นการบำบัดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายความเครียด หรือ การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ โดยจัดให้มีการส่งเสริม ให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลเน้นการสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายเกิดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพิ่มเติมปัจจัยที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยทางด้านภาระการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมบรรเทาความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อจัดการกระทำกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด อาการทางบวก และอาการทางลบ เช่น กลุ่มจิตบำบัดครอบครัว หรือ กลุ่มบำบัดความเหนื่อยหน่ายเน้นการสนับสนุนทางสังคม

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2555). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555 (Annual Report 2012). กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.
- กนกภรณ์ ใจแก้ว. (2551). ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดในการทำงาน และการเผชิญปัญหา กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ขาวนอก. (2548). เปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แก้วตา มีศรี. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา สุขทอง. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เชมณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในชีวิต ตราบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ แซ่หุุ่น. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลของญาติตลอดเลือดในสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- จอม สุวรรณโน. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาล ศาสตร์* 7(3): 30-39.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษา ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* 14(2): 30-39.
- ต้นติมา ตัวโยธา. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้การ บริการปรึกษาเป็นรายบุคคล. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรม ศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การ สนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองกับสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียนทอง ทาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิท นีพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ สเปน อุ๋นอณรงค์ และพิเชษ อุตม รัตน์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรุงเทพมหานคร: แจมเซ็นซีแลก.
- ธิดารัตน์ คะนิงเพียร. (2550). *กระบวนการยู่ทธ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. สุรินทร์: วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัย
- ธีระ ลีลานันทกิจ. (2550). *โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นัทธมนต์ ฉิมสุข. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวิชาชาติ, และคณะ. (2539). การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม. การป้องกันการกำเริบของ โรคจิตเภท: *คู่มือสำหรับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: Advisory Board.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 12(3): 141-149.
- บุญเอื้อ โจว. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาศิลปศาสตร์ คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.



- พชรพร ผู้ปฏิเวธ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). *ตราบาปการรับรู้ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 18, 1 (ม.ค.-มิ.ย. 2547) 1-9.
- มยุรี กลั้ววงษ์. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยเหนื่อยและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชย์นันท์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาทิบัติ*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาทิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนนเอนเทอร์ไพรซ์.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). *ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตนา พันจยุ. (2555). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลศรี จินา. (2553). *พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่กลับมารักษาซ้ำและที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิโรฒ.
- ศิริพันธ์ สาสัดย์. (2546). *แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. *วารสารการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 13(5): 1-11.

- สกาเวเดือน กลิ่นน้อย. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด ตรีราตี. (2545). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *พยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สุนทนา บุญชัย. (2545). *พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลของการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. (2545). *การศึกษาความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์จากการทำงานบ้านพักผู้ป่วยในประเทศไทย*. งานวิจัยกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วี.พรีนท์ (1991) จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้าพรีนติ้ง.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Addington, J. McCleery, A., and Addington, D. (2005). *Three-year outcome of family work in an early psychosis programe*. *Schizophrenia Research*, 79(1): 107-116.
- Ahmet, K., Ayse, G. Y. O., Ali, K. G. (2015). *Burnout in caregivers of patients with schizophrenia*. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45: 678-681.
- American Psychiatric Associaton. (1994). *Diagnosis and Statistical Manual of mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Associaton.
- Angell, B., and Test, M. A. (2002). The Relationship of clinical factor and environmental opportunities to social functioning in young adult with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 28 (2), 259-271.
- Angermeyer, M. C., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., and Kopf, A. (2006). *Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses*. *Arch Psychiatr Nurs*, 20: 158-165.
- Annibal, T., Letice, V., Ingun, U., Elias, E., Jerson, L., and Knut, E. (2012). *Burnout in familial caregivers of patirnts with dementia*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34: 405-412.
- Beck, A. T., Steer, R. A., and Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory II San Antonio*. TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Becker, A. F. (1989). Living with a chronically in schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit. *Journal of Psychosocial Nursing*. 27(1): 31-35.
- Cohen, S. and Wills, T.A. (1985). Stess Social Support and the Buffering Hyphothesis. *Phychological Bulletin*, 9: 310-352.
- Davis, L. L. (1992). Building a sience of caring for caregivers. *Family & Community*. 15(2), 1-9.
- Duxbury, M. L. (1984). *Head Nurses Leadership Style With Staff Nurse Burnout and Job Satisfaction in Neonatal Intensive Care Unit*. *Nursing Research*, 33, 97-101.
- Elisabeth, T. P. (2001). *Risk Factor for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention*. *Clinical Rehabilitation*, 15: 669-667.

- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). *The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research*. SocSci Med, 26: 309-17.
- Fong, C. M. (1990). *Role Overload, Social Support, and Burnout Among Nursing Education*. The Journal of nursing Education, 29(3): 102-108.
- Francell, C. G., Conn, V. S., and Gray, D. P. (1988). *Family's Perception of burden of care of chronic mental relative*. Hospital Community Psychiatry, 39, 1296-1300.
- Freudenberger, H. J. and North, G. (1985). *Women's burnout*. New York : Doubleday and Company, Inc.
- Greenberg, P. E., and Kessler, R. C. (2003). *The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000?* J Clin Psychiatry, 64: 1465-1475.
- Harris, R. B. (1989). *Reviewing Nursing Stress According to A Proposed Coping Adaptation Framework* . Advance in Nursing Sciences, 11(2): 12-28.
- Horowitz, A. V. and Reinhard, S. D. (1995). *Ethnic difference in caregiving duties and burdens among patients and sibling of persons with severe mental illness*. Journal of Health and Social Behavior 36(16): 138-150.
- Jalowice, A., Murphy, S., and Powers, M. J. (1984). *Psychometric assessment of Jalowiec coping Scale*. Nursing Research, 33(3), 157-162.
- Jasmin, S., and Trygstad, L. (1979). *Behavioral concepts and the nursing process*. St. Louis, M. O: The C. V. Mosby.
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1998). *Kaplan&Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry. 9 ed*. Baltimore. Williams & Wilkins. New York.
- Kasuya, R. T., Polgar, B. P., and Takeuchi, R. (2000). *Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians*. Postgraduate Medicine, 108(7):119-123.
- Kurlowicz, L. H., and Facluty, N. (1997). *Nursing standard of practice: Depression in elderly patients*. Geriatric Nursing, 18(5), 192-200.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). New York: Springer. Appraisal, and Coping.
- Maslach, C. (1986). *Burnout - The cost of caring*. 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey: Prentice-Hall.

- Maslach, C., and Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., and Jackson, S. E. (1981). *The Measurement of Experienced Burnout*. *Journal of Organization Behavior*, 2, 99-113.
- McConnell, E. A. (1982). *Burnout in the nursing professional: Coping Strategies, Causes and Cost*. St-Louis: The C. V. Mosby.
- Mizuno, E., Takataya, K., Kamizawa, N., Sakai, I., and Yamazaki, Y. (2013). *Female families' experiences of caring for persons with schizophrenia*. *Arch Psychiatr Nurs*, 27: 72-77.
- MollerLeimkuhler, A. M. (2005). *Burden of relatives and predictors of burden Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255: 223-311.
- MollerLeimkuhler, A. M., and Wiesheu, A. (2012). *Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 262: 157-166.
- Muldary, T. W. (1983). *Burnout : And Health Professional Manifestation and Management*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Noh, S., & Turner, R. (1987). Living with psychiatric patients for the mental health of family member. *Social Science and Medicine*, 25(8), 263-272.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing : Concept practice*. (5 th ed.). St. Louis : Mosby- Year Book.
- Pines, A., Aronson, E., and Kafry, D. (1981). *Burnout : From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.
- Radostina, K., Purvanova., John, P., and Muros, b. (2010). *Gender differences in burnout: A meta-analysis*. *Journal of Vocational Behavior*, 77: 168-185.
- Ridder, J. E., Hartley., and Love, C. (1992). *Nursing in Today's World, Challenges, Issues and Trend*. 4 th ed. Philadelphia : J B. Lippincott, 418-419.
- Rosenfarb, I. S., Bellack, A. S., and Aziz, N. (2006). *A sociocultural stress, appraisal and coping model of schizophrenia burden and family attitudes towards patients with schizophrenia*. *J Abn Psychol*, 115: 157-165.

- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2007). *Kaplan&Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry. 10th ed.* Lippincott. Williams & Wilkins. New York.
- Selye, Hans. (1956). *Stress : The physiology and pathology of exposure to systemic stress. 2 nd ed.* New York: McGraw-Hill.
- Shibre, T., Medhin, G., Teferra. S., Wakwoya, A., Berhanau, E., Abdulahi, A., Alem, A., and Fekadu, A. (2012). Predictors of carer-burden in schizophrenia: a five-year follow-up study in Butajira, *Ethiopia. Ethiop Med J*, 50: 125-133.
- Schott-Baer, D. (1993). Dependent care, caregiver burden and self-care agency of spouse caregiver. *Cancer Nursing*. 16(3); 230-236.
- Endler, N. S. and Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping; acritical evaluation. *J Pers Soc Psycho* 158: 844-854.
- Tel, H., and Ertekin, P. S. (2013). *Investigation of the relationship between burnout and depression in primary caregivers of patients with chronic mental problems.* *J Psychiatr Nurs*, 4: 145-152.
- Thomas, J. (1982). Supervisors Get Burned-out, too. *Nursing Management*, 47-79.
- Thondeike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research.* New York: Gender Press.
- Thys. E., Struyven. C., Danckaerts, M., and De, H. M. (2013). *Stigmatization of schizophrenia in Flemish newspapers.* *Schizophr Res*, 150: 598-599.
- Valene, S. M. (1994). Recognizing depression in elderly patients. *American Journal of Nursing*. 94(12), 18-28.
- Van, W. B., Koeter, M., Knapp, M., Tansella, M., Thornicroft, G., VazquezBarquero, J. L., and Schene, A. (2009). *Caring for people with depression or with schizophrenia: are the consequences different?* *Psychiatry Res*, 169: 62-69.
- Watson, J. (1989). Watson philosophy and theory of human caring in nursing. *In Concept Models for nursing Practice*. Pp. 219-236. Edit by J.P. Riehl-Sisca. Connecticut : Appleton & Lange.
- World Health Organization. (2010). *The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva : World Health Organization.

- Yee, B. H. (1981). *The Dynamic and Management of Burnout*. *Nursing Management*, 12, 14-16.
- Yilmaz. A., Turan, E., and Gundogar, D. (2009). *Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey*. *Australas J Ageing*, 28: 16-21.



ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์พงศกร เล็งดี (จิตแพทย์)	นายแพทย์ ระดับชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาจิตเวชและสุขภาพจิต คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
3. นางคันสนีย์ พูลผล	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (พยาบาลวิชาชีพพระระดับชำนาญการชั้น สูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
4. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ พิเศษ (พยาบาลวิชาชีพพระระดับชำนาญ การชั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ (พยาบาลวิชาชีพพระระดับชำนาญการชั้น สูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช) โรงพยาบาลสามชุก



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือขอเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130  
 ที่ ศธ 0512.11/1004 วันที่ ๕ มิถุนายน 2559  
 เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
 รองคณบดี  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา  
 ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137  
 นางสาวกัญญา ศรีตะวัน โทร. 08-7663-1343

ที่ ศธ 0512.11/๑๐๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ พงศกร เล็งดี | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ   |
| 2. นางเพชร คันธสายบัว    | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง<br>สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายแพทย์ พงศกร เล็งดี และนางเพชร คันธสายบัว

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137

นางสาวกัญญา ศรีตะวัน โทร. 08-7663-1343

ที่ ศร 0512.11/ 1409



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอำพัน หิรัญอุทก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางอำพัน หิรัญอุทก

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137

นางสาวกัญญา ศรีตะวัน โทร. 08-7663-1343

ที่ ศธ 0512.11/ ๙๐๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางคันสนีย์ พูลผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นางคันสนีย์ พูลผล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137  
นางสาวกัญญา ศรีตะวัน โทร. 08-7663-1343





### ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
คำชี้แจง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบประเมินทั้งหมด 7 ส่วน ได้แก่  
ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล  
ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเครียด  
ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า  
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม  
ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล  
ส่วนที่ 6 แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS-T)  
ส่วนที่ 7 แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T)
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนการตอบคำถาม
3. ข้อมูลของท่านถือเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อ  
การปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตของท่าน จึงขอให้ท่านกรุณาตอบแบบสอบถามตามความ  
เป็นจริง

### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละหัวข้อแล้วทำเครื่องหมาย โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความ  
ที่ตรงกับคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ      1. ( ) ชาย                              2. ( ) หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ .....ปี
3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย .....ปี
4. สถานภาพสมรส
  1. ( ) โสด
  2. ( ) คู่
  3. ( ) หม้าย
  4. ( ) หย่าร้าง
  5. ( ) แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
 

1. ( ) ประถมศึกษา	2. ( ) มัธยมศึกษา
3. ( ) อนุปริญญา	4. ( ) ปริญญาตรี
5. ( ) สูงกว่าปริญญาตรี	6. ( ) ไม่ได้เรียน
6. อาชีพ
 

1. ( ) รับราชการ	2. ( ) รับจ้างทั่วไป
3. ( ) ค้าขาย	4. ( ) เกษตรกรรม
5. ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6. ( ) อื่นๆ.....
7. รายได้
  1. ( ) มี ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท/เดือน
  2. ( ) ไม่มีรายได้
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 

1. ( ) บิดา/มารดา	2. ( ) ภรรยา/สามี
3. ( ) พี่น้อง	4. ( ) บุตร

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเครียด

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกอย่างไร และทำเครื่องหมาย

(/) ลงในช่องแสดงระดับการประเมินที่เกิดขึ้นกับท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1. กลัวทำงานผิดพลาด					
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันเรื่องเงิน หรือเรื่องงานในบ้าน					
4. กังวลเกี่ยวกับสารพิษ มลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6. เงินไม่พอจ่าย					
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9. ปวดหลัง					
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11. ปวดศีรษะข้างเดียว					
12. รู้สึกวิตกกังวล					
13. รู้สึกคับข้องใจ					
14. รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด					
15. รู้สึกเศร้า					
16. ความจำไม่ดี					
17. รู้สึกสับสน					
18. ไม่ค่อยมีสมาธิ					
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20. เป็นหวัดบ่อยๆ					

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปของท่านใน **2 สัปดาห์ - 1 เดือนที่ผ่านมา** มีทั้งหมด 21 ข้อ โปรดพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกตรงตามข้อคำถามใดมากที่สุด แล้ววงกลมตัวเลข ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงข้อเดียว

1.     0     ฉันไม่รู้สึกซึมเศร้า
  - 1     ฉันรู้สึกซึมเศร้า
  - 2     ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
  - 3     ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
2.     0     ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
  - 1     ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
  - 2     ฉันรู้สึกไม่มีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป ทำให้รู้สึกท้อแท้มาก
  - 3     ฉันรู้สึกไม่มีความหวังในอนาคตและรู้สึกท้อแท้อย่างมาก ไม่สามารถทำให้มันดีขึ้นได้
3.     0     ฉันไม่รู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว
  - 1     ฉันรู้สึกว่าทำอะไรแล้วล้มเหลวมากกว่าคนอื่น ๆ
  - 2     เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันจำได้คือ ความล้มเหลวทั้งหมด
  - 3     ฉันรู้สึกว่าตนเป็นคนที่ทำอะไรแล้วล้มเหลวมาโดยตลอด
4.     0     ฉันมีความพึงพอใจในทุกอย่างทุกอย่างเสมอ
  - 1     ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกอย่างทุกอย่างดังเช่นเคย
  - 2     ฉันไม่ได้ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกอย่างทุกอย่างอีกต่อไป
  - 3     ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง
5.     0     ฉันไม่เคยรู้สึกผิด
  - 1     ฉันรู้สึกผิดเป็นบางครั้ง
  - 2     ฉันรู้สึกผิดเกือบจะตลอดเวลา
  - 3     ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

6. 0 ฉันไม่รู้สีกว่าถูกลงโทษ  
 1 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ  
 2 ฉันคาดว่าจะถูกลงโทษ  
 3 ฉันรู้สึกว่าคุณกำลังถูกลงโทษ
7. 0 ฉันไม่รู้สีกัดหวังในตนเอง  
 1 ฉันรู้สึกกัดหวังในตนเอง  
 2 ฉันรู้สึกกัดหวังในตนเองมาก  
 3 ฉันเกลียดตนเองมาก
8. 0 ฉันไม่รู้สีกว่าฉันเร็วกว่าคนอื่น  
 1 ฉันชอบวิเคราะห์ตัวเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด  
 2 ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ผิดพลาด  
 3 ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น
9. 0 ฉันไม่รู้สีกว่าฉันอ่อนแอกว่าคนอื่น  
 1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง  
 2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน  
 3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส
10. 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น  
 1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย  
 2 ฉันร้องไห้เสมอ  
 3 ฉันร้องไห้ทุกวันตลอดเวลา และร้องบ่อยมาก
11. 0 ฉันไม่รู้สีก่อนเฉียวโกรธง่าย  
 1 ฉันเป็นคนรู้สึกก่อนเฉียวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน  
 2 ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา  
 3 ฉันรู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา
12. 0 ฉันยังให้ความสนใจผู้อื่นอยู่เสมอ  
 1 ฉันให้ความสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย  
 2 ฉันเลิกสนใจคนอื่นเป็นบางเวลา  
 3 ฉันเลิกสนใจคนอื่นโดยสิ้นเชิง

13. 0 ฉันตัดสินอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ  
 1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย  
 2 ฉันมีความยากลำบากยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย  
 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกเลย
14. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน  
 1 ฉันวิตกว่าฉันดูแก่และไม่เป็นที่น่าสนใจ  
 2 ฉันรู้สึกว่ามีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอิริยาบถของฉันที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป  
 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนที่น่าเกลียดมาก
15. 0 ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย  
 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง  
 2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไรๆ  
 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
16. 0 ฉันนอนได้ตามปกติ  
 1 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย  
 2 ฉันตื่นก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะนอนต่อได้อีก  
 3 ฉันตื่นบ่อยกว่าที่เคยและไม่สามารถจะนอนต่อได้อีก
17. 0 ฉันไม่รู้สึกละอายกว่าปกติ  
 1 ฉันรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อน  
 2 ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่างๆ  
 3 ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้
18. 0 ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ  
 1 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้อย่างที่เคย  
 2 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง  
 3 ฉันไม่อยากรับประทานอาหารใดๆเลย

19. 0 น้ำหนักของฉันไม่ลดลง  
1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม  
2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม  
3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
20. 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ  
1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเครียด ปวดท้อง หรือท้องผูก  
2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น  
3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ  
1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย  
2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก  
3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง (/)** ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีคนทีไวใจและสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาต่างๆได้					
2. คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมตก่าลังใจ					
3. ท่านได้รับความรักความอบอุ่น จากครอบครัวของท่าน					
4. ท่านไม่เคยรู้สึกเหงา ว้าเหว แม้อยู่ตามลำพัง					
5. เมื่อมีปัญหาใดๆก็ตาม ท่านสามารถปรึกษาคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด					
6. คนในครอบครัวและชุมชนให้ความเคารพนับถือท่าน					
7. ท่านสามารถให้คำปรึกษาแก่คนที่มปัญหาได้					
8. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งในครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ท่านได้รับความสุข					
9. ท่านสามารถทำประโยชน์ให้กับครอบครัว ชุมชนของท่านได้เป็นอย่างดี					



ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10. ท่านคิดว่าเมื่อท่านทำงานร่วมกับผู้อื่น ท่านเป็นคนที่ได้รับความไว้วางใจเสมอ					
11. ท่านมีการติดต่อหรือไปเยี่ยมเยียนญาติพี่น้องหรือเพื่อน					
12. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับคนในครอบครัว					
13. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ต่างๆภายในชุมชน					
14. บุคคลรอบข้างให้การยอมรับ และรับฟัง เมื่อท่านช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ					
15. ท่านได้รับรู้เรื่องราวความเป็นไปต่างๆของคนในครอบครัวและในชุมชน					
16. ท่านได้รับเงินค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ					
17. เมื่อต้องการสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ ท่านสามารถหาซื้อได้อย่างสะดวกสบาย					
18. เมื่อท่านเจ็บป่วย มีคนคอยดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ตลอดเวลา					
19. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการเงินท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างได้					
20. เมื่อท่านต้องการทำสิ่งต่างๆท่านได้รับความสะดวกสบายและความช่วยเหลือจากผู้อื่นเสมอ					
21. เมื่อท่านต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวันต่างๆมีคนบอกเล่าให้ท่านทราบ					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
22. เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่แพทย์พยาบาลได้					
23. มีคนคอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมือนเดิม					
24. มีคนให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถาม 21 คำถาม จงตัดสินใจว่าท่านเคยมีความรู้สึกตรงตามข้อคำถามมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ระดับความรู้สึก						
	ไม่เลย	น้อยมาก	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่ ทำให้ฉันรู้สึกจิตใจห่อเหี่ยว							
2. ฉันรู้สึกหมดแรงหลังจากดูแลผู้ป่วย							
3. ฉันรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อนอนตอนเช้าและเมื่อนึกถึงว่าต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอีก							
4. ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้ดี							
5. บางครั้งฉันรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของเขา							
6. ฉันสามารถช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ							
7. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่							
8. ฉันรู้สึกแน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่มีคุณประโยชน์ต่อชีวิตผู้ป่วย							
9. ฉันรู้สึกว่าจิตใจของฉันหยาบกระด้างต่อผู้คนมากขึ้นนับตั้งแต่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย							

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ระดับความรู้สึก						
	ไม่ เลย	น้อย มาก	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	มาก ที่สุด
10. ฉันรู้สึกกังวลว่า ถ้าฉันทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป จะทำให้จิตใจของฉันแข็งกระด้างมากขึ้น							
11. ฉันรู้สึกเปี่ยมไปด้วยพลังในการดูแลผู้ป่วย							
12. ฉันคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วย							
13. ฉันรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่หนักมากเกินไป							
14. ฉันไม่สนใจอะไรที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย							
15. การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ฉันรู้สึกเครียดมากขึ้น							
16. ฉันสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับผู้ป่วย และคนรอบข้างได้ง่าย							
17. ฉันรู้สึกเป็นสุขใจจากการได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย							
18. ฉันรู้สึกว่าตัวฉันมีคุณค่าที่ได้ดูแลผู้ป่วย							
19. ฉันรู้สึกหมดความอดทนที่จะดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป							
20. ในการดูแลผู้ป่วย ฉันสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม							

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ระดับความรู้สึก						
	ไม่ เลย	น้อย มาก	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	มาก ที่สุด
21. ฉันมักจะได้รับคำตำหนิ จากผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง							



**ส่วนที่ 6** แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS-T)

**คำชี้แจง** แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นและได้มาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางบวกของโรคจิตเภท ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละคำตอบมีพิสัยของการให้คะแนนในแต่ละข้อ ตั้งแต่ 1-7 ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางบวก	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการหลงผิด							
2. ความคิดสับสน							
3. อาการประสาทหลอน							
4. ความคิดรู้สึกแหว่งว่ามีคนมุ่งร้าย/คิดว่าคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน							
5. ความคิดสับสน พูดไม่เป็นเรื่องเดียวกัน พูดหลากหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน							
6. ตื่นเต้นกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง							
7. พฤติกรรมไม่เป็นมิตร							

**ส่วนที่ 7** แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T)

**คำชี้แจง** แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นและได้มาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการทางลบของโรคจิตเภท ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละคำตอบมีพิสัยของการให้คะแนนในแต่ละข้อ ตั้งแต่ 1-7 ดังนี้

- คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ  
 คะแนน 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด  
 คะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย  
 คะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง  
 คะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง  
 คะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง  
 คะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางลบ	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. มีอารมณ์เฉยเมย							
3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง							
4. อาการแยกตัวจากสังคม							
5. มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม							
6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นแบบธรรมชาติ และไม่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง							
7. การคิดอย่างตายตัวไม่ยอมเปลี่ยนความคิด							





### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความเครียด

$$CVI = \frac{20}{20} = 1.00$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

$$CVI = \frac{18}{21} = 0.85$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{24}{24} = 0.85$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความเหนื่อยหน่าย

$$CVI = \frac{18}{21} = 0.85$$

5. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการทางบวก

$$CVI = \frac{7}{7} = 1.00$$

6. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการทางลบ

$$CVI = \frac{7}{7} = 1.00$$



ที่ ศธ 0512.11/2144



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 49 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสอบถามระดับความเครียด แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภท และแบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภท ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกัญญา ศรีตะวัน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกตพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนีกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137

นางสาวกัญญา ศรีตะวัน โทร. 08-7663-1343

ที่ ศธ 0512.11/ 2144



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 54 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสอบถามระดับความเครียด แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภท และแบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภท ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกัญญา ศรีตะวัน ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137

นางสาวกัญญา ศรีตะวัน โทร. 08-7663-1343

ที่ ศธ 0512.11/2144



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

6 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 92 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสอบถามระดับความเครียด แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภท และแบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภท ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกัญญา ศรีตะวัน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกตพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137

นางสาวกัญญา ศรีตะวัน โทร. 08-7663-1343

ภาคผนวก ฉ

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

และเอกสารแสดงยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**  
**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
**(Patient/Participant information Sheet)**

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน

ที่อยู่ติดต่อ 268/1 ถนนพระราม6 แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 087-663-1343 E-mail: girly.nurse@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. รายละเอียดของประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และโรงพยาบาลนครปฐม จำนวนทั้งหมด 220 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่ไม่มีโรคทางจิตเวชชนิดอื่นและโรคอื่นๆทางกายร่วมด้วย อายุ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ สามารถพูดคุยสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอม

เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัย มีดังต่อไปนี้

4.1 ในการวิจัยครั้งนี้เรียกผู้เข้าร่วมโครงการว่า ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้เข้าร่วมในการวิจัยเป็นหลัก ผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย **ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล **ส่วนที่ 2** แบบประเมินระดับความเครียด **ส่วนที่ 3** แบบประเมินภาวะซึมเศร้า **ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม **ส่วนที่ 5** แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล รวมข้อความทั้งหมด 108 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 20-30 นาที ผู้วิจัยจะอ่านให้หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง และหากมีข้อสงสัยใดระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4.2 ผู้วิจัยจะตรวจสอบแบบสอบถามทุกรายก่อนแยกจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนนมากกว่าเกณฑ์ปกติ เช่น ความเครียด ความเหนื่อยหน่าย ฯลฯ ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ทักษะการคลายเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึก จากนั้นจะส่งข้อมูลต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล

4.3 ในการตอบแบบสอบถามกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อ – นามสกุล ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5. การที่ท่านเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่ท่านได้รับอยู่

6. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 087-6631343 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบอย่างรวดเร็ว

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ความเสี่ยงและความไม่สะดวกของผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ การใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ ที่รุนแรงเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

9. ในการขอดูข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา



10. โครงการวิจัยนี้มีค่าชดเชยเสียเวลาเป็นสมุดบันทึก และกระเป๋าผ้า เป็นของที่ระลึกแสดงความขอบคุณแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 254 อาคารจามจุรี1 ชั้น2 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-22183202 Email: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เลขที่ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน

ที่อยู่ติดต่อ 268/1 ถนนพระราม6 แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 087-663-1343 E-mail: girly.nurse@hotmail.com

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถาม **ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล **ส่วนที่ 2** แบบประเมินระดับความเครียด **ส่วนที่ 3** แบบประเมินภาวะซึมเศร้า **ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม **ส่วนที่ 5** แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล รวมข้อคำถามทั้งหมด 108 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 20-30 นาที

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-22183202 Email: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้ โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....  
(.....)

พยาน



**เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**  
**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
**(Patient/Participant information Sheet)**

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน

ที่อยู่ติดต่อ 268/1 ถนนพระราม6 แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 087-663-1343 E-mail: girly.nurse@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับอาการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับอาการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. รายละเอียดของประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ท่านที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช ที่มีโรคทางกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการตอบคำถามด้วยตนเองและให้การสัมภาษณ์ อายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า และโรงพยาบาลนครปฐม จำนวนทั้งหมด 220 คน ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอม

เหตุผลที่ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัย มีดังต่อไปนี้

4.1 ในการวิจัยครั้งนี้เรียกผู้เข้าร่วมโครงการว่า ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตอาการ ในแบบประเมิน ส่วนที่ 6 แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ส่วนที่ 7 แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย มีจำนวนแบบประเมินทั้งหมด 14 ข้อ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ

20-30 นาที หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต้องเข้ารับการตรวจสามารถเข้ารับการตรวจได้ทันที และหากได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว จึงขอให้มารับการประเมินอีกครั้ง

4.2 ผู้วิจัยจะตรวจสอบแบบประเมินก่อนแยกจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในกรณีที่พบว่าแบบประเมินมีคะแนนมากกว่าเกณฑ์ปกติ จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาลและระหว่างการประเมินหากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรู้สึกกระตือรือร้นทางจิตใจมีอาการเครียด โดยผู้วิจัยประเมินอาการที่เกิดขึ้นด้วยการสังเกตความเครียดในขณะนั้นจากผู้ป่วยโดยตรง หากผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ คือ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หายใจไม่อิ่ม หงุดหงิด สับสน คิดอะไรไม่ออก ผู้วิจัยอนุญาตให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหยุดการสัมภาษณ์ทันที พร้อมทั้งผู้วิจัยให้การพยาบาลเบื้องต้นโดยใช้ทักษะการคลายเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการดีขึ้น มีสิทธิให้ประเมินต่อหรือบอกเลิกการประเมินได้

4.3 ในการตอบแบบสอบถามกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ไม่ต้องระบุชื่อ – นามสกุล ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5. การที่ท่านเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่ท่านได้รับอยู่

6. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 087-6631343 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบอย่างรวดเร็ว

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ความเสี่ยงและความไม่สะดวกของผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ การใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆที่รุนแรงเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำ ความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและจะทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

9. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

10. โครงการวิจัยนี้มีค่าชดเชยเสียเวลาเป็นสมุดบันทึก และกระเป๋าผ้า เป็นของที่ระลึกแสดงความขอบคุณแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยในคน 254 อาคารจามจุรี1 ชั้น2 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ  
10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-22183202 Email: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



ลำดับที่.....

วัน/เดือน/ปี.....

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เลขที่ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน

ที่อยู่ติดต่อ 268/1 ถนนพระราม6 แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 087-663-1343 E-mail: girly.nurse@hotmail.com

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยประเมินอาการตามแบบประเมิน **ส่วนที่ 6** แบบประเมินอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย **ส่วนที่ 7** แบบประเมินอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย มีจำนวนแบบประเมินทั้งหมด 14 ข้อ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการประเมินประมาณ 20-30 นาที

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 254 อาคารจามจุรี1 ชั้น2 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-22183202 Email: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้  
โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ดูแล/พยาน









COA No. 5

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 708 ถนนประสิทธิ์พัฒนา ต.แม่กลอง อ. เมือง จ. สมุทรสงคราม โทร. 034-723044-9

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เลขที่โครงการวิจัย : 005/2559

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกัญญา ศรีตะวัน

สังกัดหน่วยงาน : นิสิตมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร็ว

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : 1. โครงร่างการวิจัย  
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย  
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย  
4. เครื่องมือวิจัย  
(แบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินอาการ แบบสอบถาม)

วันที่รับรอง : 8 สิงหาคม 2559

วันหมดอายุ : 8 สิงหาคม 2560

ลงนาม .....

(นายแพทย์สิทธิ ปริญญาสงสถิต)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี

หนังสือรับรองเลขที่ : COA-RBHEC 021/2016

รหัสโครงการ : RBHEC 025/59

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) : คัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : SELECTED FACTORS RELATED TO BURNOUT IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY.

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางสาวกัญญา ศรีตะวัน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอเพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี  
2. เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
4. เครื่องมือวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี ได้พิจารณาอนุมัติด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้

วันที่รับรอง : 25 สิงหาคม 2559 วันที่หมดอายุ : 24 สิงหาคม 2560

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า : 23 กรกฎาคม 2560

ลงชื่อ..... *หริ. (อ.)* .....

(แพทย์หญิงเสมอใจ เห็นประเสริฐแท้)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลนครปฐม

COA No. 016/2016

NPH - REC No. 016/2016

ชื่อโครงการ	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
รหัสโครงการ	-
ชื่อผู้วิจัยหลัก/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวกัญญา ศรีตะวัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลนครปฐม
เอกสารที่รับรอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม</li> <li>- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย</li> <li>- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย</li> <li>- แบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่วนที่ 1 - ส่วนที่ 7</li> </ul>
วิธีทบทวน	คณะกรรมการชุด full board
รายงาน ความก้าวหน้า	ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
รับรองโดย	คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม
วันที่รับรอง	๑ / 09 / 2016
วันหมดอายุ	๘ / 09 / 2017

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงสุธัญญา บรรจงภาค)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน  
โรงพยาบาลนครปฐม

ลงนาม.....

(นายแพทย์สมศักดิ์ จิ่งสมาน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม 196 ถ.เทศบาล ๓ พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

โทร (034) 242337 โทรสาร (034) 242337 Email : hrdnkpt@hotmail.com

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจรี ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 166/2559

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 117.1/59 : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกัญญา ศรีตะวัน  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  ..... ลงนาม.....  .....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักนประดิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ์ ชัยชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 27 กันยายน 2559

วันหมดอายุ : 26 กันยายน 2560

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ผู้วิจัย  เลขที่โครงการวิจัย..... 117-1/59 .....
- แบบสอบถาม\* วันที่รับรอง..... 27 ก.ย. 2559 .....
- วันหมดอายุ..... 26 ก.ย. 2560 .....

## เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลหรือข้อมูลจากคณะกรรมการ คือรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ภาคผนวก ซ  
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130  
ที่ ศธ 0512.11/ 283# วันที่ 13 ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory – IA (BDHA) จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสุข และปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ของนางสาวรสรณ์รดี ภาคภากร สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2557) โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง บุรณี กาญจนถวัลย์ และศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจศรี ชาญนรงค์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137  
นางสาวกัญญา ศรีตะวัน โทร. 08-7666-1343



ที่ ศบ 0512.11/ 2622



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

7 กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เนื่องด้วย นางสาวกัญญา ศรีตะวัน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ของ นางมยุรี กลีบวงษ์ สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นการวิจัย) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2552) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี, รองศาสตราจารย์ ดร. ผจงจิต อินทสุวรรณ, ศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

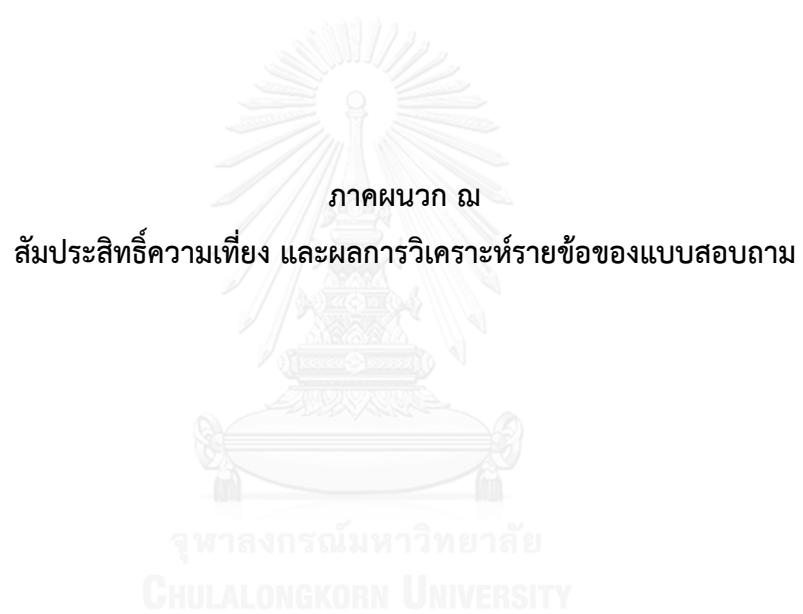
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1137  
นางสาวกัญญา ศรีตะวัน โทร. 08-7663-1343





## แบบประเมินระดับความเครียด

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QS1	30.50	141.155	.542	.929
QS2	30.47	140.878	.451	.930
QS3	30.30	134.631	.625	.927
QS4	30.23	129.633	.579	.930
QS5	30.53	140.120	.474	.930
QS6	30.00	127.310	.791	.924
QS7	29.67	123.264	.710	.927
QS8	29.87	129.292	.720	.925
QS9	29.70	126.217	.685	.927
QS10	30.40	136.179	.648	.927
QS11	30.33	138.368	.440	.931
QS12	29.97	130.240	.779	.924
QS13	29.97	129.551	.781	.924
QS14	30.10	130.645	.753	.925
QS15	30.47	137.568	.668	.927
QS16	30.43	136.461	.734	.926
QS17	30.60	141.903	.624	.929
QS18	30.53	139.568	.683	.928
QS19	30.40	135.283	.594	.928
QS20	30.37	141.689	.360	.932

## แบบประเมินระดับความเครียด

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.931	20



## แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QD1	2.50	26.603	.553	.898
QD2	2.43	26.254	.376	.901
QD3	2.37	24.102	.686	.893
QD4	2.47	26.120	.610	.897
QD5	2.37	25.482	.601	.896
QD6	2.43	23.702	.735	.891
QD7	2.50	25.983	.800	.895
QD8	2.53	27.430	.341	.902
QD9	2.57	28.116	.000	.904
QD10	2.53	26.671	.748	.897
QD11	2.50	25.983	.800	.895
QD12	2.50	26.190	.717	.896
QD13	2.43	25.082	.654	.894
QD14	2.47	25.016	.730	.893
QD15	2.43	25.495	.555	.897
QD16	2.43	25.702	.654	.895
QD17	2.37	24.033	.700	.892
QD18	2.43	26.116	.532	.898
QD19	2.37	26.516	.195	.910
QD20	2.53	27.430	.341	.902
QD21	2.17	20.144	.741	.902

## แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.902	21



## แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QSS1	51.87	268.671	.586	.956
QSS2	51.87	274.878	.399	.959
QSS3	52.50	270.052	.695	.954
QSS4	52.47	268.120	.716	.954
QSS5	52.53	266.740	.816	.953
QSS6	52.27	268.409	.836	.953
QSS7	52.50	272.259	.741	.954
QSS8	52.33	269.816	.746	.954
QSS9	52.43	270.047	.862	.953
QSS10	52.23	271.564	.787	.954
QSS11	52.00	272.552	.623	.955
QSS12	52.13	271.292	.628	.955
QSS13	51.70	282.769	.295	.959
QSS14	52.07	269.030	.713	.954
QSS15	52.03	274.033	.578	.956
QSS16	51.93	278.892	.443	.957
QSS17	52.13	271.085	.741	.954
QSS18	52.17	269.937	.725	.954
QSS19	51.83	268.282	.646	.955
QSS20	52.13	268.120	.809	.953
QSS21	52.17	267.385	.808	.953
QSS22	52.40	266.317	.858	.953
QSS23	52.03	270.309	.648	.955
QSS24	52.23	267.564	.893	.953

## แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.956	24



## แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายรวมด้าน

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QB1	45.20	440.786	.705	.861
QB2	45.27	441.444	.722	.860
QB3	45.37	447.826	.664	.862
QB4	43.73	473.099	.231	.878
QB5	45.07	462.478	.397	.871
QB6	43.03	483.620	.148	.880
QB7	45.20	440.786	.659	.862
QB8	43.27	460.133	.372	.872
QB9	45.93	463.099	.526	.867
QB10	45.90	456.990	.630	.864
QB11	43.90	475.334	.220	.878
QB12	45.30	444.079	.665	.862
QB13	45.30	443.252	.690	.861
QB14	45.77	453.426	.670	.863
QB15	45.40	441.421	.683	.861
QB16	43.73	468.340	.305	.874
QB17	43.37	462.309	.390	.871
QB18	43.00	465.517	.369	.872
QB19	45.57	456.875	.513	.867
QB20	43.27	454.202	.484	.868
QB21	46.77	510.254	-.269	.879



## แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายรวมด้าน

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.874	21

## แบบประเมินความเหนื่อยด้านอ่อนล้าทางอารมณ์

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QB1	11.37	158.999	.844	.969
QB2	11.43	155.909	.950	.963
QB3	11.53	157.913	.940	.964
QB7	11.37	152.723	.925	.965
QB12	11.47	157.292	.887	.967
QB13	11.47	156.533	.924	.965
QB15	11.57	154.668	.925	.965
QB19	11.73	166.892	.685	.977

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.971	8

แบบประเมินความเหนื่อยด้านการมองข้ามของความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QB5	3.50	21.224	.576	.804
QB9	4.37	20.792	.897	.678
QB10	4.33	21.471	.862	.693
QB14	4.20	22.924	.720	.739
QB21	5.20	37.545	-.122	.887

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.813	5

แบบประเมินความเหนื่อยด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QB4	25.20	159.062	.772	.912
QB6	24.50	161.569	.796	.910
QB8	24.73	173.720	.528	.931
QB11	25.37	160.171	.785	.911
QB16	25.20	159.338	.836	.907
QB17	24.83	168.351	.695	.918
QB18	24.47	163.844	.817	.909
QB20	24.73	166.409	.737	.915

แบบประเมินความเหนื่อยด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.924	8

แบบประเมินอาการทางบวก

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QP1	10.53	46.464	.650	.889
QP2	9.97	41.826	.658	.892
QP3	10.27	43.444	.761	.876
QP4	10.83	47.937	.689	.886
QP5	10.47	46.878	.569	.898
QP6	10.50	42.741	.785	.873
QP7	10.63	42.516	.862	.864

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.898	7

## แบบประเมินอาการทางลบ

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
QN1	8.00	14.138	.789	.773
QN2	7.93	14.340	.690	.787
QN3	8.07	15.513	.718	.793
QN4	7.77	11.909	.478	.877
QN5	7.93	13.995	.752	.776
QN6	8.03	15.413	.606	.802
QN7	8.27	18.064	.433	.832

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.828	7

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกัญญา ศรีตะวัน เกิดวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หลังจากจบการศึกษา เข้ารับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ประจำห้องผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนน พระราม 6 เขตราชเทวี แขวงพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400. (ที่บ้าน) 89/270 ถนนนวมินทร์ แขวงรามอินทรา เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร 10230. E-mail : girly.nurse@hotmail.com