

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

The Relationship Between Social Support and Stress of Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia

ลัญชณา พิมพันธ์ชัยบุญลย์ พย.ม. (Lunchana Phimphanchaiyaboon, M.S.N.)¹

ศุภารัญญ ภาสุข พย.ม. (Suparun Phasuk, M.S.N.)²

นฤมล อังศิริศักดิ์ วท.ม. (Nuruemol Angsiridak, M.Sc.)³

นฐมน บุญล้อม ส.ม. (Natamon Boonlom, M.P.H.)⁴

สุสารี ประคินกิจ วท.ด. (Susaree Prakhinkit, Ph.D.)⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายใต้กรอบแนวคิดของความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็น ผู้ดูแลหลักที่พักอาศัยในเขตภาคีเจริญ กรุงเทพมหานคร จำนวน 93 ราย เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแล แบบวัดความเครียด และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยสถิติบรรยายและหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียด ด้วยสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ พบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.60) ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($X = 2.47$, $SD = 0.52$) และด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ($X = 2.37$, $SD = 0.51$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความเครียดของผู้ดูแล ($r = -0.347$, -0.320 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ซึ่งผลที่ได้จากงานวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถพัฒนาเป็นโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ : ความเครียด, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยสยาม^{1,2,3,4} อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม,

¹Email: maylunchana@hotmail.com, ²Email: jamtiyapoom@hotmail.com, ³Email:

nlm_058@hotmail.com, ⁴Email: nuanphun806@gmail.com

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Email: tik.susaree@gmail.com

Abstract

This research was descriptive research aimed to investigating stress of caregiver caring for patients with schizophrenia. The stress theory of Lazarus and Folkman was employed as the conceptual framework of this study. The study sample consisted of 93 family caregivers of patients with schizophrenia. The data were collected for the period of three months. The instruments were developed and divided family caregivers' demographic characteristics, the second part : stress and social support. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation analyzed using Pearson ' s Correlation Coefficient. The study findings revealed that stress level of caregivers was at a moderate level (59.60%). The caregivers were supported moderately for social support for information ($X = 2.47$, $SD = 0.52$) and comparative and valued measure ($X = 2.37$, $SD = 0.51$) accordingly. The social support for emotional and comparative and valued measure had negatively correlated with the stress of caregivers ($r = - 0.347$, $- 0.320$, respectively) statistically significant at .05.

The results from the research can be used as basic information for the performance of community nurses in the care of schizophrenic patients. And can be developed as a stress-relieving program for schizophrenic caregivers.

Key word : Stress, Social support, Caregivers, Patients with Schizophrenia

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เกิดความพิการและสูญเสียเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพจิตไม่เพียงส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลรวมไปถึงญาติผู้ดูแลและบุคคลในสังคมอีกด้วย อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม ทำให้ตกเป็นเหยื่อในรูปแบบต่าง ๆ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะสูงในการดูแล ส่งผลให้ญาติมีความท้อแท้ เบื่อหน่าย หหมดความหวังและกำลังใจในการรักษา ประกอบกับอาการของผู้ป่วยไม่คงที่ อาการกำเริบบ่อยครั้ง เกรงว่าผู้ป่วยก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นและชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องลี้ภัยผู้ป่วยจิตเวชไว้ ผลกระทบในด้านลบที่เกิดขึ้นมี 3 ด้าน ดังนี้ ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การปฏิเสธการเจ็บป่วย ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยา หรือปรับการรับประทานยาเอง ด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ผู้ดูแลสูงอายุ ไม่มีเวลา ต้องไปประกอบอาชีพทำให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเวช คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ด้านชุมชน ประกอบด้วย คนในชุมชนหวาดกลัวต่ออาการกำเริบ อาจมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยโรคจิต เพิกเฉย มีความคิดว่าผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ (คนางค์ สิริเสถียร, 2550)¹

ครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยความหมาย จะเป็นผู้ที่พักอาศัยกับผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี และมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ในการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน การพูดคุย และดูแลสุขภาพ Ravi S et al. (2013)² และรับผิดชอบหน้าที่แทนผู้ป่วย จากบทบาทเดิมทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวยังทำหน้าที่คอยสังเกตอาการของผู้ป่วย คอยช่วยเหลือด้านการรักษา และคอยช่วยจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน, 2560)³ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่จะต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาและต่อเนื่อง ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ช่วยจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย คอยสังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยและ ดูแลให้รับประทานยา (อุษา แก้วอำภา, 2555)⁴ จากการศึกษา Vasudeva et al. (2013)⁵ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชกลุ่มอื่นๆ และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การใช้ชีวิตประจำวัน การได้รับสิ่งสนับสนุนจากภายนอก และสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน สอดคล้องกับ อิติพันธ์ ธานีรัตน์ และคณะ (2559)⁶ พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชจะมีความชุกภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลร้อยละ 15.7 และ 28.3 ตามลำดับ โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะในผู้ดูแลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงการให้ความรู้และเสริมทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยส่วนบุคคล ด้านจิตใจ ด้านสังคม มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ดูแล ทัศนคติ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาระทางเศรษฐกิจและสังคม การเงิน ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทต่อไปอีกด้วย (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558)⁷ ในต่างประเทศพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแลพบว่า ครอบครัวที่มีรายได้น้อย เพศ ระดับการศึกษา จะเป็นปัจจัยทำนายการเกิดความเครียดของผู้ดูแลในชนบท (Yu Y., Liu Z., Tang B., Zhao M, Liu X., Xiao S., 2517)⁸

สำหรับในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างมีน้อย งานวิจัยมุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ยังขาดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยเฉพาะในผู้ดูแล หรือครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ลดอาการกำเริบ ลดการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งในบริบทของชุมชนในเมืองหลวงยังพบมีชุมชนแออัด มีประชากรแฝงในพื้นที่ ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ประชากรในชุมชนให้ความสำคัญกับการทำงานหาเงินเลี้ยงชีพ ขาดการเอาใจใส่สุขภาพ อีกทั้งยังขาดการสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว ซึ่งมีผลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลก็เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย พื้นที่เขตธนบุรี ภาษีเจริญ และบางแค เป็นพื้นที่ใกล้มหาวิทยาลัยสยาม ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้ลงพื้นที่จัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นชุมชนที่ให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้นกับชุมชนระดับหนึ่ง และจากการการลงพื้นที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นในทุกๆ

ปี บางรายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและจำหน่ายจากสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา และสถาบัน กัลยาณราชนครินทร์ บางรายไม่ได้รับการรักษาเพราะผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อ สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในพื้นที่ดังกล่าว อีกทั้งยังคาดหวังว่าองค์ ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์กับผู้ดูแล จัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับคนในชุมชน และขยายผลสู่ชุมชนอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ชุมชนเมือง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร
2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ที่ศึกษาจากศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 93 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน พ.ศ. 61

ตัวแปรต้น ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคลผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล
2. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กำหนดประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลผู้ป่วย ไม่ได้รับค่าดูแลใด ๆ จากผู้ป่วย หรือครอบครัว และอยู่ในเขตพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตภาษีเจริญ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่จำกัดช่วงอายุและเพศ ในชุมชนเขต

ภาคีเจริญ และสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยและยินดียินยอมในการวิจัย เพราะเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพไว้กับกลุ่มเป้าหมายเบื้องต้นเป็นพื้นที่ในเครือข่ายในแหล่งฝึกปฏิบัติของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อเนื่องมากกว่า 3 ปี ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก และต้องอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลว่าไม่มีผลต่อการรักษา หรือสิทธิอื่นๆแต่อย่างใด

จำนวนอาสาสมัคร หรือขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ที่ศึกษาจากศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตภาคีเจริญ ช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน พ.ศ. 2561 มีผู้ดูแลทั้งหมด 120 คน ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 93 คนได้ลงพื้นที่ในเขตพื้นที่เขตภาคีเจริญ เพื่อชี้แจงรายละเอียด โครงการวิจัย และอาสาสมัคร เข้าร่วมโครงการ 93 คน ผู้ดูแลไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 27 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ ยามาเน (Yamane) เป็นตารางที่ใช้หาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร โดยคาดว่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 และระดับความเชื่อมั่น 95% โดยคัดจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 4 ศูนย์ ศูนย์ละ 25 คน มีระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 93 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2. แบบสอบถามวัดความเครียดสวนปรุง (SPST 20) ที่สร้างขึ้นโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540)⁹ สร้างขึ้นจากแนวคิดของมิลเลอร์สมิธ และโรสเทน (Miller, et al., 1993)¹⁰ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับมีค่าความเชื่อมั่น .81 แปลค่าดังนี้ คะแนน 0 – 23 ระดับน้อย, คะแนน 24 – 41 ระดับปานกลาง, คะแนน 42 – 61 ระดับสูง, 62 คะแนนขึ้นไป ระดับรุนแรง นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.85

3. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ขนิษฐา หะยิมะแซ (2555)¹¹ โดยพัฒนามาจากแนวคิดของ House (1981)¹² วัดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและการประเมินค่า และด้านการสนับสนุนทรัพยากรประกอบด้วยคำถาม จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น .92 แปลค่าโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 ระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 ระดับน้อย นำมาปรับข้อความให้สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ โดย

ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ 0.80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจน และความเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ส่วนแบบสอบถามวัดความเครียดสวนปรง (SPST 20) และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ทั้งหมดโดยไม่ได้มีการดัดแปลงผู้วิจัยจึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1990)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานครและได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ หมายเลขจริยธรรมการวิจัย คือ E004h/61

2. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษากับอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่ธนบุรี บางแค ภาษีเจริญ ซึ่งเป็นเขตที่อาสาสมัครให้ความร่วมมือในการวิจัย และดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มที่อาสาสมัครการบันทึกข้อมูลในการวิจัยจะถูกบันทึกในชุดแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ใส่รหัสของแบบสอบถามไว้ และจะดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล โดยแสดงถึงความเคารพในบุคคล คือ เคารพในศักดิ์ศรี สิทธิและความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร จะรักษาความลับของอาสาสมัคร ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่จะวิเคราะห์ในภาพรวมของเขตชุมชนเขตภาษีเจริญอีกทั้งยังยึดหลักความเป็นธรรมในการเลือกอาสาสมัครโดยไม่มีอคติ

3. ในแบบบันทึกข้อมูลไม่ระบุชื่ออาสาสมัคร ได้ระบุเป็นเลขรหัส เพื่อป้องกันการสืบค้นไปสู่อาสาสมัครได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อไปพบกับบุคคลต่างๆในชุมชนที่มีส่วนสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิจัย อาสาสมัครในชุมชน พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่เขตภาษีเจริญ ประชาสัมพันธ์โครงการชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและเปิดรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

2. ลงพื้นที่ในชุมชน เขตภาษีเจริญ สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ ชี้แจงโครงการ และการรักษาความลับของอาสาสมัครและครอบครัว และลงนามในการเข้าร่วมโครงการในแต่ละเขตพื้นที่ นัดเวลาที่อาสาสมัครสะดวกในการให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ เขตภาษีเจริญ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามทำการเก็บข้อมูลที่บ้าน ผู้วิจัยอธิบายการตอบคำถามแก่อาสาสมัครโดยละเอียด การเก็บข้อมูลใช้เวลาโดยประมาณ 30 นาทีต่อผู้ดูแล 1 คน จนครบทุกเขตพื้นที่

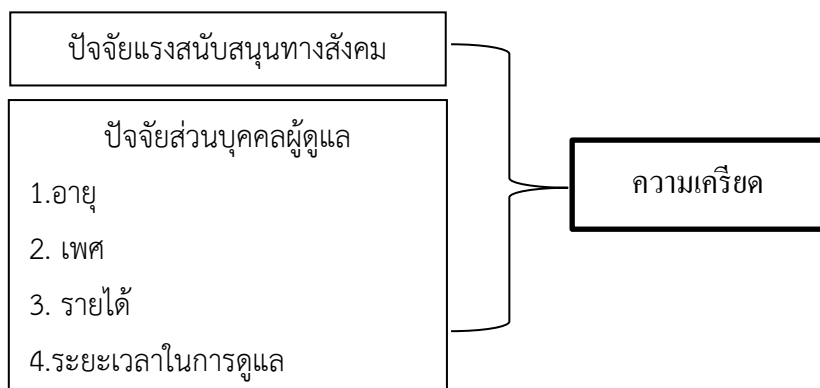
4. นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากอาสาสมัครไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลนำมาวิเคราะห์โดยการ แจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละ
2. ข้อมูลความเครียดและระดับความเครียดของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสหสัมพันธ์เพียร์สัน

กรอบแนวคิด



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาระดับความเครียด รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง กรณีศึกษา : เขต
ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร (n= 93)

ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	78	83.0
ชาย	15	16.0
อายุ (ปี)		
21-30	3	3.2
31-40	7	7.4
41-50	22	23.4
51-60	19	20.2
> 60	42	44.7
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 10,000	51	54.3
10,000 - 15,000	21	22.3
15,001-20,000	14	14.9
> 20,000	7	7.4
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
< 5	16	17.0
6-10	19	20.2
11-15	10	10.6
16-20	8	8.5
>20	40	42.6

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83 เพศชาย ร้อยละ 16 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คิดเป็น ร้อยละ 45.7 มีอายุมากกว่า 60 คิดเป็นร้อยละ 44.7 มีรายได้ในครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 54.3 ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับความเครียด (n= 93)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	10	10.60
ปานกลาง	56	59.60
สูง	21	22.30
รุนแรง	6	6.41

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามระดับความเครียด พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.6 รองลงมาอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 22.3 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.6

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 93)

แรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การสนับสนุนด้านอารมณ์	2.27	0.55	น้อย
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.47	0.52	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบ และประเมินคุณค่า	2.37	0.51	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	2.22	0.59	น้อย

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า อยู่ในระดับปานกลาง ($X = 2.47, SD = 2.37$ ตามลำดับ) และได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากรอยู่ในระดับน้อย ($X = 2.27, SD = 2.22$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านผู้ดูแล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p value
อายุ	0.149	0.154
เพศ	- 0.101	0.337
รายได้	- 0.061	0.560
ระยะเวลาในการดูแล	0.138	0.187

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p value
การสนับสนุนด้านอารมณ์	-0.347	0.001*
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	-0.037	0.727
การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า	-0.320	0.002*
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	-0.074	0.483

*p< 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแล (r = -0.347, -0.320 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 44.70) มีรายได้ในครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 54.30) และดูแลผู้ป่วยมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 42.60)

ส่วนที่ 2 ความเครียด และระดับความเครียดของผู้ดูแล

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ พบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.60)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ

ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (X = 2.47, SD 0.52) และด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า (X = 2.37, SD 0.51) อยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนด้านอารมณ์ (X = 2.27, SD 0.55) และ การสนับสนุนด้านทรัพยากร (X = 2.22, SD 0.59) อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน ผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ทั้งในด้าน อายุ เพศ รายได้ และระยะเวลาในการดูแล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

2. แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (r = -0.347, p = -0.320 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนกับความเครียด พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด (r = 0.037, p = 0.727) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมือง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากบริบทของพื้นที่ในชุมชนเมือง มีการแข่งขันสูง ผู้ดูแลจำเป็นต้องหาเลี้ยงชีพและต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปพร้อมๆกัน ส่งผลให้เกิดภาวะของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อระดับความเครียด ซึ่งสัมพันธ์กับงานวิจัยของมยุรี ตานินทร์ (2552)¹³ ที่ศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของทัศนาวงศาโรจน์ (2553)¹⁴ ที่ทำการศึกษาระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย เนื่องจากพื้นที่ต่างจังหวัดมีบริบทที่แตกต่างกับในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อความผูกพันในครอบครัว ระบบเครือญาติ ความเป็นอยู่ที่มีการแข่งขันต่ำ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชุมชนเมืองกรณีศึกษาเขตภาษีเจริญ บางแค

2.1 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ทั้งในด้านอายุ เพศ รายได้ และระยะเวลาการในการดูแล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี และคณะ (2557)¹⁵ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแล อาจเป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 60 ปี มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกว่า 20 ปี ทำให้ปัจจัยเหล่านี้ไม่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -0.347, -0.320$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อภิปรายได้ดังนี้

การให้แรงสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับช่วงระยะเวลา และยังขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านการให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) ความวิตกกังวลความเครียดความสิ้นหวัง (hopelessness) และความรู้สึกซึมเศร้าได้ ซึ่งแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์การแสดงความรู้สึกเป็นห่วงและการเสนอความช่วยเหลือและกระตุ้นให้กำลังใจนอกจากนี้ยังรวมถึงการเบี่ยงเบนความสนใจส่วน การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น มองเห็นคุณค่าในตนเอง (ชนิษฐา หะยิมะแซ, 2556)¹¹ ซึ่งการแสดงออกถึงความห่วงใย พึงพาซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ สามารถแก้ปัญหา และมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผลักดันให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมั่นใจ และสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลได้ (บุรฉัตร กริชฐาพิทย์ และกรณิธรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, 2559)¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าผู้ที่ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมผ่อนคลายความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ต่อไป

Reference

1. Kanang S. Caregiver Participation in Caring for Schizophrenic Patients at Home. [Independent Study]. The Graduate School, Songkla University; 2007 (in Thai).
2. Ravi, S., Goud, BR., Archana, M., Pius, TM., Pal, A., John, V., et al. (2013). Burden among caregivers of mentally-ill patients: A rural community – Based study community medicine. Int J Res Dev Health.1.29–34.
3. Kanya S, Ratchaneekorn U. Selected Factors Related To Burnout In Caregivers Of Persons With Schizophrenia In Community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18: 308-314. (in Thai).
4. Usa K. Relationships Between Personal Factors, Burden, and Mental Health in Caregivers of Patients with Schizophrenia. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2012; 26(3), 4-17. (in Thai).
5. Vasudeva, S., Sekhar, CK., Rao, PG. (2013). Caregivers Burden of Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder : a sectional study. Indian Journal Psychological Medicine. 35(4):35
6. Thitiphan T, Yauwalux P, Tuntima D, Uboonrat T and Piyanoote K. Prevalence of Depression, Anxiety, and Associated Factors in Caregivers of Geriatric Psychiatric Patients. Journal Psychiatric Association of Thailand 2016; 61(4): 319-330. (in Thai).
7. Suntreeporn T. Schizophrenia Care in a Sustainable Thai Society Context. Journal of Nursing Division 2015; 42(3), 1-10. (in Thai).
8. Yu Y., Liu Z., Tang B., Zhao M, Liu X., Xiao S. (2517). Reported Family Burden of Schizophrenia Patients in rural China. Journal published by the Public Library of Science. June 2017. 1-18.
9. Suwat M, Wanida P and Pimmas S. The Construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. Journal of SuanPrug Psychiatric Hospital. 1997; 13(3), 1-20 (in Thai).
10. Miller, B. F. & Keane, C. B. (1972). Encyclopeddia and Dictionary of Medicine and Nursing. Philadelphia: W.B. sunders.

11. Khanittha H. Comparative Study on Social Support of Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders and Caregivers of Typical Development Children in Songklanagarind hospital. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts in Human and Social Development Prince of Songkla University; 2013 (in Thai).
12. House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
13. Mayuree T. Stress and Coping Behavior of Caregivers of Schizophrenia Patients Srithanya Hospital in Nonthaburi Province. [Master of Science]. Kasetsart University; 2009. (in Thai).
14. Tasana W. Stress of Relatives Who Caring Patients with Psychiatric Disorders at Nakornpanom Rajchanakaran Psychiatric Hospital. [An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Arts Program in Criminal Justice Administration Department of Social Administration]. Thammasat University; 2010 (in Thai).
15. Pawinee P, Noppawan P and Somnuk S. Factors Related to Stress of Family Caregivers of Patients with Stroke at Home. *Ramathibodi Nursing Journal* 2014; 20(1), 82-96. (in Thai).
16. Burachat K and Karuntharat B. Relationship Between Self-Efficacy and Social Support on Coping with Stress and Coping with Stress Behaviors of Nurses Working in Pramongkutklao Hospital. *Journal of Health Science Research* 2016; 10(2), 1-10.
17. Jalowiec, A. (1988). Confirmatory Factor Analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C. F. Waltz, & O. L. New York: Springer; 287-308.
18. Keeratiya T. Stress and Coping of Elderly Caregivers of Psychiatric Disorders. Assessment documents for appointment Specialist position (Doctor of Preventive Medicine). Department of Disease Control Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
19. Hana N and Kritaya S. The Relationship between Burden of Care and Coping Strategies Among Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Journal of Nursing Science and Health*. 2015; 38(3), 75-85. (in Thai).